

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

***“Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés
durante el período de gestación en las mujeres que acuden al
Hospital Enrique Garcés”***

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica

Autora: Isabel Patricia Cisneros Constante
Tutora: Dra. Silvia Susana Baldeón Loza

Quito – 2012

Ficha Catalográfica

C

0436

C497 Cisneros Constante, Isabel Patricia

Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el período de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Dr. Enrique Garcés / Isabel Patricia Cisneros Constante. -- Informe final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica.-Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012.

134p.: ,tbls., grafs.

Tutora: Baldeón Loza, Susana Silvia

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas especiales que me gustaría agradecer por su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida, algunas están conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón y sin importar donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mi vida.

Mami no me equivoco si te digo que eres la mejor mamá del mundo gracias por todo tu esfuerzo, tu apoyo y confianza que depositaste en mí.

Papi este logro quiero compartir contigo, por creer en mí.

A mis hermanas y sobrinos quienes se han mantenido conmigo y siempre me han apoyado.

Isabel Patricia Cisneros Constante

DEDICATORIA

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres pilares fundamentales de mi vida, sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora, su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanas.

Isabel Patricia Cisneros Constante

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Yo Isabel Patricia Cisneros Constante, autora de la investigación, con cédula de ciudadanía no 172097670-1, libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de titulación:

“Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés”

Es de mi plena autoría, original y no constituye plagio o copia alguna, constituyéndose en documento único, como mandan los principios de la investigación científica, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente,



Isabel Patricia Cisneros Constante
ESTUDIANTE EGRESADA
CC. 172097670-1

Quito, 28 de Enero del 2013

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, ISABEL PATRICIA CISNEROS CONSTANTE en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre “Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés”, por la presente autorizo a la **UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 28 de Enero del 2013



Isabel Patricia Cisneros Constante
ESTUDIANTE EGRESADA
CC.172097670-1

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de Titulación de Psicología Clínica, Psicofisiología específicamente emociones. El objetivo fundamental es identificar factores psicosociales que producen riesgo de estrés durante la gestación. El estrés en mujeres embarazadas, los trastornos psicosomáticos del estado de ánimo y afectivos; motiva a probar: si la violencia psicológica es un factor psicosocial, si los cambios en los hábitos del sueño y alimenticios generan riesgo de estrés durante la gestación. Se explica teóricamente con enfoque cognitivo conductual de Lazarus y Selye, que se basan las interacciones recíprocas entre la persona, su entorno, emociones y conductas; tratado en tres capítulos: estrés, embarazo, sucesos vitales. Investigación cuantitativa no experimental, con métodos: inductivo-deductivo, estadístico, psicométrico y clínico. A una muestra de ciento treinta y tres mujeres embarazadas en cualquier etapa de gestación de dieciséis hasta cuarenta años de edad, se ha evaluado riesgo de estrés; los resultados han evidenciado altos niveles de estrés, en el dieciocho por ciento de la muestra, por proximidad del parto y necesidad de apoyo de la pareja. Sería necesario implementar otros instrumentos de evaluación psicológica para probar la hipótesis

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: PSICOLOGÍA CLÍNICA
PSICOFISIOLOGIA
SECUNDARIA: EMOCIONES

DESCRIPTORES:

EMBARAZO - ESTRÉS
ESCALA DE VALORACION DE REAJUSTE SOCIAL - TEST DE HOLMES Y
RAHE
HOSPITAL DR. ENRIQUE GARCÉS

DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:
SIERRA – PICHINCHA – QUITO

SUMMARY DOCUMENTARY

Titling Work Clinical Psychology, Psychophysiology specifically emotions. The main objective is to identify risk factors that produce psychosocial stress during pregnancy. The stress in pregnant women, psychosomatic disorders of mood and affective; motivate esty: if psychological violence is a psychosocial factor, whether changes in sleep and eating habits lead to a risk of stress during pregnancy. Is explained the oretically with cognitive behavioral approach of Lazarus and Selye, based reciprocal interactions between the person, environment, emotions and behaviors; treat ed in three chapters: stress, pregnancy, life events. Non experimental quantitative research, with methods: inductive-deductive, statistical, psychometric and clinical. A sample of one hundred thirty three pregnant women at any stage of gestation from sixteen to forty years old, has been evaluate drisk of stress, and the results have shown high levels of stress, eighteen percent of the sample, by proximity delivery, and support needs of the couple. It would be necessary to implement other psychological assessment toolsto test the hypothesis

THEMATIC CATEGORIES:

PRIMARY CLINICAL PSYCHOLOGY
PSYCHOPHYSIOLOGY
SECONDARY: EMOTIONS

DESCRIPTORS:

PREGNANCY - STRESS
RATING SCALE SOCIAL READJUSTMENT - TEST HOLMES AND RAHE
HOSPITAL DR. ENRIQUE GARCÉS

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA - PICHINCHA – QUITO

TABLA DE CONTENIDOS

Ficha Catalográfica.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Dedicatoria	iv
Declaratoria de originalidad	v
Autorización de la autoría intelectual	vi
Resumen documental.....	vii
Summary documentary.....	viii
Tabla de cuadros.....	135
Tabla de ilustraciones.....	136
B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	15
El problema	15
Planteamiento.....	15
Formulación del problema	15
Justificación del problema.....	16
OBJETIVOS	17
General.....	17
Específico	17
Hipótesis	17
MARCO REFERENCIAL	21
Datos de la institución.....	21
Misión	21
Visión.....	21
MARCO CONCEPTUAL	23
Estrés	23
Embarazo	23

Sucesos vitales.....	24
MARCO TEÓRICO	25
Fundamentación teórica	25
Estrés y embarazo.....	25
Posicionamiento personal.....	27
CAPITULO I	28
1. ESTRÉS.....	28
1.1. Generalidades del estrés	28
1.2. Definición de estrés.....	29
1.3. Niveles de análisis del estrés	31
1.3.1. Nivel sociocultural	31
1.3.2. Nivel psicológico.....	31
1.3.2.1.Síndrome de adaptación general.....	32
1.3.2.2.Estímulo estresor	33
1.3.2.3.Agente estresor	33
1.4. CAUSAS DEL ESTRÉS	33
1.4.1. Fisiológicas	33
1.4.2. Psicológicas	34
1.4.3. Sociales.....	34
1.4.4. Ambientales	35
1.5. TIPOS DE ESTRÉS	35
1.5.1. Eustrés	36
1.5.2. Distres	36
1.5.3. Estrés sociológico	36
1.5.4. Estrés laboral	36

1.6.	SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS.....	37
1.6.1.	Síntomas físicos.....	37
1.6.2.	Síntomas psíquicos.....	37
1.6.3.	Síntomas de conducta.....	37
1.7.	FACTORES DEL ESTRÉS	38
1.7.1.	Factores intrínsecos.....	38
1.7.2.	Factores relacionados con el crecimiento personal y/o profesional.....	38
1.7.3.	Factores psicosociales del estrés.....	39
1.8.	TEORÍAS DEL ESTRÉS	40
1.8.1.	Teoría de estrés de selye.....	40
1.8.2.	Teorías basada en el estímulo	42
1.8.3.	Teorías basadas en la interacción o transaccional.....	42
1.9.	LA RESPUESTA AL ESTRÉS	43
1.9.1.	Respuestas fisiológicas.....	44
1.9.2.	Respuestas psicológicas.....	45
	CAPITULO II	49
2.	EMBARAZO	49
2.1.	Generalidades del embarazo	49
2.2.	Etapas del embarazo	49
2.2.1.	Crecimiento y desarrollo del feto.....	50
2.3.	Síntomas del embarazo	53
2.4.	Aspectos psicosomáticos en el embarazo	55
2.5.	Cambios y ajustes emocionales durante el embarazo	58

2.6.	Sexualidad y embarazo.....	63
2.7.	Embarazo y estrés	64
CAPITULO III		67
3.	SUCESOS VITALES.....	67
3.1.	Definición	68
3.2.	Clasificación de los sucesos vitales	68
3.2.1.	Sucesos vitales	68
3.2.2.	Sucesos menores (estrés diario).....	69
3.3.	Inventario de estresores psicosociales	70
3.4.	Impacto en la familia	76
3.5.	Consecuencias de los sucesos vitales sobre el individuo y la familia	78
3.5.1.	Sobre las personas	78
3.5.2.	Sobre la familia.....	78
3.6.	Acercamientos teóricos de los sucesos vitales.....	80
3.6.1.	Concepción organicista	80
3.6.2.	Concepción mecanicista	83
3.6.3.	Concepción contextual dialéctica	84
CAPITULO IV.....		86
MARCOMETODOLÓGICO		86
	Investigación de campo	86
	Descripción de la población	86
	Diseño de la muestra.....	86
	Tamaño de la muestra.....	87
	Métodos, técnicas e instrumentos a utilizar.....	87
	Métodos.....	87

Técnicas	88
Instrumentos.....	88
Fases de la investigación de campo	88
CAPITULO V.....	89
Análisis de resultados	89
Análisis socio demográfico	90
Edad de la madre	90
Estado civil de la madre.....	91
Ocupación	92
Instrucción	93
Meses de embarazo	94
Análisis de la escala de valoración del reajuste social	95
Frecuencia de respuesta por pregunta	95
Riesgo de padecer estrés	98
Etapas del embarazo en donde se producen mayores niveles de estrés.....	99
Comprobación de la hipótesis.....	101
Comprobación de la primera hipótesis.....	101
Comprobación de la segunda hipótesis	103
Comprobación de la tercera hipótesis.....	105
CAPITULO VI.....	107
Conclusiones y recomendaciones	107
Conclusiones	107
Recomendaciones	109
C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	110
Tangibles.....	110
Virtuales	110

Anexos	112
Glosario tecnico.....	113
Proyecto aprobado	116

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

EL PROBLEMA

Planteamiento

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa de emociones.

Se ha observado que en el Hospital Enrique Garcés, no existe un estudio que se realice a las madres gestantes, en los periodos importantes donde se producen cambios y esto hace que no se tenga en cuenta el ambiente de la madre y lo que esto puede afectar a su bebe, llegando a tener una generación saludable y sin problemas de estrés que se causen en el momento de la gestación.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Los factores psicosociales generan estrés en mujeres embarazadas produciendo trastornos psicosomáticos, del estado de ánimo y afectivos durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estrés se le ha catalogado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población actual, esto provocado por las circunstancias económico-sociales y el medio ambiente que prevalece en la vida moderna. Siendo la mujer la persona que se vuelve más vulnerable a los cambios emocionales que se producen durante este periodo, debido que un embarazo aparece de forma incidente siendo la actitud de la mujer ambivalente, la aceptación o negación. El estrés que puede causarse en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud, el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no.

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa de emociones.

El presente trabajo investigativo tiene por objetivo conocer aspectos relevantes que influyen en la sensibilidad de la mujer durante su gestación, aspirando que este trabajo sea un material de referencia aquellas personas que estén interesadas en conocer los cambios que se producen durante el embarazo, buscando darnos cuenta que el problema existe y que tiene una solución al alcance de un equipo interdisciplinario dispuesto ayudar a fin de

alimentar la esperanza de un futuro saludable porque de una u otra manera se ve afectado el círculo social que rodea a la madre embarazada.

OBJETIVOS

General

Identificar los factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Específico

Conocer los factores psicosociales que generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Identificar si los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Determinar si los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de producir estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

HIPÓTESIS

Para esta investigación, se tiene las siguientes hipótesis:

Primera Hipótesis: La violencia psicológica es un factor psicosocial que aumenta el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Tabla 1: MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Violencia psicológica	Discusiones matrimoniales Celos Falta de confianza Falta de comunicación Culpa	Alto Medio Bajo
Dependiente		
Riesgo de padecer Estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Segunda Hipótesis: Los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Tabla 2: MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Cambio en los hábitos del sueño	Dormir más o menos Migrañas Dificultad para conciliar el sueño	Alto Medio Bajo
Dependiente:		
Riesgo de padecer Estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Tercera Hipótesis: Los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Tabla 3: MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Cambio en los hábitos alimenticios	Consumo excesivo de comida Falta de apetito	Alto Medio Bajo
Dependiente:		
Riesgo de padecer estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

MARCO REFERENCIAL

DATOS DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL DR. ENRIQUE GARCÉS

Misión

“El Hospital Doctor Enrique Garcés es una institución pública que integra la red de servicios médicos del Ministerio de Salud Pública con nivel de acreditación III, creada para ampliar la cobertura al sector sur de la ciudad de Quito, provincial y nacional.

Se sustenta en los principios de asistencia social, bioética, equidad, universalidad y solidaridad, para brindar una atención integral e integradora con la utilización de tecnología de punta, recurso humano con educación continua, avanzada e investigación para otorgar calidad y calidez en los servicios, que contribuyan a la satisfacción de los usuarios y actores del proceso y mejoramiento de la salud pública del país”.

Visión

“El hospital Enrique Garcés, será una institución de alto prestigio, confianza y credibilidad que brindará servicios de especialidades médicas, con tecnología de punta, autonomía de gestión, sin fines de lucro, dentro de una red de servicios de salud; con atención personalizada, solidaria, humanística, oportuna efectiva y eficiente; con calidad y calidez en la prestación de los servicios y una accesible contribución a la preservación de la salud de la población sin distinción de raza, credo y condición social; mediante la implementación de un plan estratégico y evaluación continua que incluirá el manejo de sistemas de información gerencial y financiero,

profesionalización, personal altamente calificado, satisfacción laboral, comprometido, y la participación comunitaria que permita un adaptarse permanente a los cambios del entorno y demanda de la comunidad.” (Planificación Estratégica del Hospital Enrique Garcés 2002-2005).

Mujeres gestantes

El embarazo es un proceso fisiológico y como tal debe ser marcado dentro de los acontecimientos vitales normales, pero durante el periodo de gestación se producen cambios y adaptaciones del organismo de la madre, que en ocasiones puede llevar a padecer trastornos previamente inexistentes o a descompensar patologías controladas con anterioridad. Las mujeres que acuden al hospital en su gran variedad son mujeres de escasos recursos económicos las cuales se ven en la necesidad de buscar atención durante los meses de gestación.

MARCO CONCEPTUAL

ESTRÉS

El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos siendo así un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés) produciendo cambios en lo social, cultural de cada una de las personas.

EMBARAZO

El embarazo es un proceso de cambios físicos, fisiológicos y psicológicos y se produce desde el momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide y comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer, la cual está destinada a adaptarse a la nueva situación y que continuarán durante los nueve meses siguientes.

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

SUCESOS VITALES

Los sucesos vitales producen un gran cambio en la vida de las personas que lo experimentan y, por lo tanto, requieren fuertes demandas de adaptación. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Hay pasos intermedios entre el acontecimiento vital estresante y la elaboración de respuestas psicobiológicas por parte del organismo, en el que intervienen procesos de pensamiento y estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estresor.

Holmes y Rahe (1967) crearon el primer listado de sucesos vitales que desorganizan la vida de las personas. Este listado tiene 43 sucesos y es conocido como Escala de Reajuste Social.

MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Esta investigación será realizada a través del enfoque Cognitivo- Conductual.

Estrés y embarazo.

Durante la gestación el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo. La gestación sea la primera o no, tiene dos características que le conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: La ambigüedad y la inminencia. Un embarazo aparece de forma insidiosa, inicialmente con señales dudosas: su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y a la vez lo rechaza (Salvatierra, 1989). La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que se suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo. No cabe duda de que el estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio inminente del parto. Pero hay otros sucesos que son predecibles en cuanto se sabe que van a ocurrir, pero cuyo resultado no es seguro y esos sucesos ocurren a intervalos breves e, incluso, se acumulan al final.

Una gestación suele tener pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas. La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos (náusea, vértigo, cambio de apetito, etc.) que pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. La gestación puede favorecer esas microirritaciones, que Lazarus (1986) considera tal vez más importante que los acontecimientos mayores. En segundo lugar la necesidad de acudir al médico o al servicio de

salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados pueden incrementar la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o que tiene otros hijos pequeños (Salvatierra, 1989).

Es indudable que la capacidad del acontecimiento embarazo para causar estrés se debe a su doble aspecto, como desafío y como amenaza, ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos. Se trata de tareas difíciles y comprometedoras, cada vez más exigentes. Pero, simultáneamente hay importantes descargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo

El embarazo se puede considerar una crisis de maduración, porque pone a la mujer de cara a la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma (Deutsch, 1945; citado por Salvatierra, 1989). Durante la gestación se pueden identificar tres periodos críticos que son fuente generadora de estrés:

- La percepción de embarazo y en especial, el periodo de espera para confirmar el diagnóstico.
- La percepción de movimientos fetales, que se dan alrededor del quinto mes
- La percepción de inminencia del parto. Por la distensión del abdomen y por la presentación de las contracciones uterinas se pueden generar altos niveles de ansiedad.

Cada uno de estos periodos genera estrés y exige a la materna un proceso de adaptación y maduración para alcanzar los objetivos psicosociales y biológicos del embarazo (antes mencionados).

Muchos estudios han investigado los principales temores que surgen en las gestantes, Klein (1950; citado por Salvatierra, 1989) en un estudio con 27 primigestantes logro identificar dos tipos de temores como fuentes de ansiedad. El primero, hace referencia al temor por ellas mismas (por su salud, complicaciones en el embarazo y en el parto, miedo al dolor y a la muerte) así mismo a problemas económicos. El segundo gran temor identificado hacía referencia al hijo (a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, normalidad mental y embarazo múltiple). Otros investigadores, Light y Fenster (1974, citado por Salvatierra, 1989) entrevistaron a 202 mujeres embarazadas acerca de sus preocupaciones, identificando como los temores más frecuentes; los relacionados con la salud y la normalidad del niño, al deterioro del atractivo físico por el embarazo, al parto y lactancia, así como buscar una forma más efectiva de control natal.

POSICIONAMIENTO PERSONAL

El estrés es uno de los factores que desde el inicio del embarazo está presente en las mujeres por los diversos cambios tanto físico, fisiológicos y psicológicos todos ellos interactúan y se producen diferentes problemas a muchas de ella llevándolas a trastornos afectivos, somatizaciones. Realizando un enfoque cognitivo conductual, Lazarus a través de su teoría basada en la interacción manifiesta que existen la relación entre la persona y su entorno siendo está valorada por la persona como algo que “grava” o excede a sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal y se produzcan cambios sustanciales en su vida, es por eso que Holmes y Rahe la escala de acontecimientos vitales que ayudaran a visualizar cuales son los problemas más comunes que hacen que las personas lleguen en algún momento de su vida a padecer estrés.

CAPITULO I

1. ESTRÉS

1.1. GENERALIDADES DEL ESTRÉS

Puede decirse que la palabra “estrés” se uso por primera vez en un sentido técnico en el siglo XIV para referirse a las dificultades, luchas, adversidades o aflicción (Lumsden, 1981), a finales del siglo XVII, un prominente físico-biólogo, Robert Hooke, (Hinkle, 1973) contribuyó significativamente formulando un análisis de ingeniería sobre el estrés.

El análisis que hizo Hooke al problema produjo tres conceptos básicos: carga, estrés y tensión. La carga se refiere a las fuerzas externas, como el peso; el estrés es el área de la estructura sobre la que se aplica la carga y la tensión en la deformación de la estructura, producida por la conjunción de la carga y del estrés. Este análisis influyó significativamente sobre los modelos de estrés del siglo XX, que ahondaron sobre la idea de la carga como fuerza externa ejercida sobre el sistema social, fisiológico o psicológico. La carga es análoga de un estímulo externo estresante, y la tensión es análoga a la respuesta de estrés o reacción.

Cuando estas ideas de ingeniería se aplicaron a la sociedad, al cuerpo y a la mente de un individuo, se volvieron a readaptar los conceptos básicos y a menudo se usaron de forma diferente. El estrés y la tensión fueron los términos que sobrevivieron fundamentalmente. Ahora hablamos de un estímulo de estrés o estresor como el input externo y de respuesta de estrés o reacción como el output.

1.2. DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Lazarus (1984) ha sido un autor destacado en este tema, a partir de la década de los 60 investigo el estrés psicológico desarrollando una teoría cognitiva en el campo de la psicología médica. Para él, el estrés psicológico se refiere a que la respuesta depende de la forma en que un individuo interpreta, evalúa (consciente e inconscientemente) el significado amenazante, dañino o desafiante de un evento.

Lazarus (1984) señala que, el concepto puede extenderse hacia toda un área de problemas sociológicos, psicológicos y fisiológicos en los cuales a la organización de un individuo le es impuesta una demanda que amenaza sus potenciales habilidades de adaptación.

El concepto de estrés incluye para su análisis de tipos de estímulo, los mecanismo y los efectos de la respuesta. Lazarus (1984) especifico que se reclama diferenciar cada variable (psicológica, fisiológica y sociológica) y entender cómo actúa y se procesa en su propio nivel de análisis.

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo la situación valorada como algo que grava o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal.

El estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos. Supone un estado del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo. Es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos

predisposicionales (tipo personalidad) y elementos demográficos (sexo, edad) (Sandín, 1994).

R. Lazarus y D. Cohen (1977) hablan de tres tipos de estímulos estresantes:

1. Cambios mayores (como cataclismos que afectan a un gran número de personas, por ejemplo, inundación, terremoto). Se los considera fuera del control de la persona, puede ser hechos prolongados en el tiempo o cambios agudos con efectos duraderos.
2. Los cambios mayores que afectan a una persona, por ejemplo, el estado de duelo, una enfermedad incapacitante, etc.
3. Situaciones adversas de la vida cotidiana, como las desavenencias matrimoniales que pueden tener características menos dramáticas pero también implicar procesos más importantes en el proceso de adaptación y conservación de la salud. (Arias, 1998)

El estrés era contemplado como un concepto unidimensional es decir, como un continuo que oscilaba de bajo a alto, un concepto superficialmente análogo al arousal activación (Duffy, 1962).

Durante un tiempo hubo cierto interés en el concepto de activación, lo que vinculaba la dimensión psicológica, que oscilaba desde la somnolencia hasta la excitación en estado de alerta con una dimensión de actividad o inactividad en partes del sistema nervioso específicamente en el tronco del encéfalo y el sistema nervioso autónomo.

Si bien uno de los dilemas de escribir estrés es la interdependencia con las emociones. Si hay estrés también están presentes las emociones y aunque no en todos los casos, muchas veces también existe esta relación a la inversa.

1.3. NIVELES DE ANÁLISIS DEL ESTRÉS

1.3.1. NIVEL SOCIOCULTURAL

El vínculo entre la estructura social y cultural con el estrés es que ciertas condiciones, como el cambio sociocultural, la inmigración, la guerra, el racismo, los desastres naturales y las crisis sociales, como las depresiones económicas, el desempleo, la pobreza, el aislamiento social, la privación y la anarquía social, todos ellos alimentan reacciones de estrés en las personas individuales y en grupos sociales, dependiendo de sus respectivas posiciones en la sociedad.

Este nivel es aquel que mas estrés genera en la población debido a que cada ser humano está expuesto a situaciones impactantes con el simple hecho de que somos seres muy vulnerables a sufrir el impacto de emociones negativas que generen niveles de estrés muy elevados, o emociones que involucren tranquilidad.

1.3.2. NIVEL PSICOLÓGICO

Los estresores físicos se relacionan con la reacción del organismo a las condiciones físicas nocivas.

El científico del siglo XX que más contribuyó a la fisiología del estrés fue el francés Claude Bernard, quien descubrió que una de las funciones del hígado era almacenar azúcar que es esencial para todas las funciones biológicas y psicológicas. Claude Bernard no contribuyó directamente con el

estrés y a la emoción pero su investigación e ideas facilitaron el camino de la perspectiva moderna compleja y sofisticada del proceso de adaptación.

Siguiendo con el trabajo de Bernard y de Cannon, la teoría moderna más importante del estrés fisiológico fue formulada por Hans Selye (1966/1976).

Su investigación y formulaciones teóricas describen el modo en que responde el organismo cuando debe movilizarse para manejar los peligros y amenazas de su integridad. Describió una serie neuroquímica orquestada de defensas corporales denominada Síndrome de adaptación general (SAG) que es la encargada de defender al organismo de las condiciones nocivas o de los estresores físicos.

1.3.2.1. SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL

Cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia, más o menos mantenida de un estresor o situación de estrés.

Las SAG esta compuestas por tres estadios. El primer estadio es de la reacción de alarma. Un agente nocivo inicia su proceso neurohumoral elaborado en defensa del cuerpo vivo. Si el estrés persiste, entra en juego el segundo estadio. La resistencia, en el cual el cuerpo se moviliza para defenderse el mismo. El estadio de resistencia es de acción catabólica es decir, recurre y consume los recursos orgánicos en lugar de elaborarlos y generarlos anabólicamente. El tercer estadio es el del agotamiento. Si el estrés es suficientemente grave o continuo durante suficiente tiempo, los recursos orgánicos empiezan a no responder. (Lazarus, 2000).

1.3.2.2. ESTIMULO ESTRESOR

Se denomina estresores a los estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedades (Orlandini, 1999).

1.3.2.3. AGENTEESTRESOR

Son psicotraumas que pueden considerarse remotos, recientes, actuales o futuros, de acuerdo con el momento de la vida del sujeto (Orlandini, 1999).

1.4. CAUSAS DEL ESTRÉS

Uno de los objetivos del individuo en la sociedad es buscar la adaptación mediante la generación de nuevos aprendizajes que le provean de nuevos recursos individuales y que le permitan la resolución de problemas externos o internos cuando no lo puede lograr se desencadenan episodios de estrés.

Existen una serie de agentes que pueden provocar la no resolución de problemas por ello se convierten en causas del estrés:

1.4.1. FISIOLÓGICAS

Estas pueden estar relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo mismas que aumentan la tensión interior de la persona, produciendo un nivel de estrés que se vuelve contra uno mismo, generado ante la

imposibilidad de recursos para resolver la situación estresante. Por ejemplo, un resfrío en el individuo genera un nivel de intolerancia a diversos estímulos. El proceso de adaptación se puede dar en este aspecto con un reforzamiento del sistema inmunológico.

1.4.2. PSICOLÓGICAS

Se relacionan con la vulnerabilidad emocional y cognitiva que pueden estar relacionada con diversos cambios en las etapas vitales y las crisis propias de cada etapa evolutiva en el sujeto: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Se adhieren también las relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes, las condiciones frustrantes de trabajo o estudio (excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.). En la adaptación psicológica se busca el mantenimiento de la propia identidad y la autoestima dentro de un entorno social armonioso.

1.4.3. SOCIALES

Cambios sociales ideológicos, creencias culturales, relaciones familiares y laborales, en los que cada época trae consigo nuevos retos a afrontar, sin embargo es importante recalcar que todo depende de las experiencias y el aprendizaje que el sujeto haya tenido de su entorno y en las relaciones familiares, estos factores construirán en él un histórico social dentro de un contexto comunitario.

1.4.4. AMBIENTALES

Son factores externos que pueden considerarse como riesgosos para el sujeto entre ellos están: la polución ambiental, alimentación con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos, etc.

El estrés ha sido generador directo de aspectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud del individuo, este puede ser a su vez beneficioso para la salud en condiciones de moderada intensidad, frecuencia y duración y las conductas no saludables como fumar, beber alcohol y conductas de riesgo (estrés laboral, factores extremos y la vulnerabilidad emocional) puede generar el aumento de los niveles de estrés. El vivir bajo situaciones estresantes se asocia a la reducción de conductas de salud de riesgo y a un incremento de conductas favorables para lo cual se cuenta con el apoyo social (grupo de amigos) y se reducirá la frecuencia de conductas no saludables e incrementa conductas saludables (hacer más ejercicio físico).

1.5. TIPOS DE ESTRÉS

Se plantea que hay diferentes clases de estrés: el “eustrés” o placentero, y el displacentero o “distres”. Hay autores que señalan que, se necesita cierto nivel de estrés para vivir y desarrollarse, pero que un grado amenazante a desbordante se puede transformar en patológico.

1.5.1. EUSTRÉS

Es un mecanismo normal que se activa automáticamente frente a un problema percibido claramente e interpretado con verdadera rapidez, tomándose una decisión inmediatamente. Una vez resuelto el problema, el organismo vuelve a su normal funcionamiento, recuperando su equilibrio.

1.5.2. DISTRES

Es el que puede producir diversas enfermedades y trastornos. El organismo no puede recuperarse, sufriendo por lo tanto un gran desgaste (carga alostática).

1.5.3. ESTRÉS SOCIOLÓGICO

Es el que se produce ante una situación de crisis social, ante la proliferación comunicacional de noticias negativas, ante la violencia cotidiana, la irritabilidad urbana, etc.

1.5.4. ESTRÉS LABORAL

Ocasionado por condiciones laborales que violenten la resistencia física o la dignidad de las personas quienes reaccionan de distinta manera frente a las condiciones y contingencias del trabajo, según su vulnerabilidad y personalidad. Comprenden el síndrome de burnout, mobbing, etc.

1.6. SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS

1.6.1. SÍNTOMAS FÍSICOS

- Taquicardia
- Aumento de la presión arterial
- Hipersudoración
- Dilatación pupilar
- Temblores
- Excitación general
- Insomnio
- Sequedad de la boca

1.6.2. SÍNTOMAS PSÍQUICOS

- Inquietud
- Desasosiego
- Miedo difuso
- Disminución de la vigilia
- Desorganización del curso del pensamiento
- Disminución del rendimiento intelectual
- Desorientación témporo-espacial
- Atención dispersa

1.6.3. SÍNTOMAS DE CONDUCTA

- Imposibilidad para relajarse
- Perplejidad
- Situación de guardia-alerta

- Tensión muscular facial y mandibular
- Caminatas sin rumbo (ir y venir)
- Frecuente bloqueos
- Irritabilidad
- Excitación
- Respuestas desproporcionadas a estímulos externos.

1.7. FACTORES DEL ESTRÉS

1.7.1. FACTORES INTRÍNSECOS

Integran este punto, aquellos factores que responden a la personalidad que posee el sujeto, rasgos adquiridos desde su familia de origen hasta los rasgos que constituyen su comportamiento actual, un ejemplo manifiesto con este factor sería la crisis de la adolescencia que responde a la construcción de la personalidad del individuo, donde se evidencia la conformación de creencias, estructuras de personalidad.

1.7.2. FACTORES RELACIONADOS CON EL CRECIMIENTO PERSONAL Y/O PROFESIONAL

Son todos aquellos agentes internos o externos que motivan al sujeto a involucrarse en áreas de preparación y superación, pueden ser académicas, filosóficas, religiosas, etc., su característica principal se encuentra en la decisión que el sujeto toma de acrecentar sus conocimientos en determinada área para regirse a niveles de exigencia mayores a los actuales, un ejemplo

de este sería, el estrés que el sujeto puede sentir en un proceso de evaluación académica.

1.7.3. FACTORES PSICOSOCIALES DEL ESTRÉS

Los efectos del estrés varían según los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas. Es importante resaltar que no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los mismos estímulos estresores puesto que su forma de afrontar los conflictos ante los que están expuestos, movilizan en ellos destrezas, aprendizajes, habilidades y emociones que desarrollaran ante la superación o no de eventos anteriores. (González, 2004)

El estrés es una reacción adaptativa que pone a disposición del individuo una gran cantidad de recursos excepcionales, las mejores construcciones del hombre y los momentos más emocionantes de su vida se producen en unas condiciones extraordinarias en las que existen demandas externas a las que el individuo responden de forma rápida e intensa. Sin embargo cuando la respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera pueden aparecer consecuencias negativas, debido a que el organismo no es capaz de mantener un ritmo de activación elevado durante mucho tiempo y si se mantiene más allá del límite, se producirán serios deterioros a diferentes niveles, destacando los trastornos psicofisiológicas o psicosomáticos.

1.8. TEORÍAS DEL ESTRÉS

1.8.1. TEORÍA DE ESTRÉS DE SELYE

La teoría del estrés formula por Selye, tanto en las primeras versiones como en otras más recientes, entiende que el estrés como una respuesta no específica del organismo. Este autor ha definido el estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene su forma y características, pero ninguna causa particular” (1960)”. El agente desencadenante del estrés (estresor o alarmígeno) es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo. Es estresor, por tanto, todo agente nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del organismo.

En sus trabajos más recientes redefine el estrés enfatizando que se trata de respuestas inespecíficas del organismo a las demandas hechas sobre él. En algunos aspectos, asume Selye, cada demanda hecha sobre el organismo es única, es decir, específica. Según su teoría, cualquier estímulo puede ser estresor siempre que provoquen el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o estrés.

El estrés, indica Selye (1974), no es algo que por sí mismo deba ser evitado; puede estar asociado tanto a experiencias o estímulos desagradables o agradables (la carencia total del estrés significaría la muerte). Cuando se afirma que un individuo sufre de estrés significa que este es excesivo, es decir, implica un sobreesfuerzo del organismo del sobreponerse al nivel de resistencia de éste (Selye, 1974; Sandín, 1989).

La teoría de Selye tiene la ventaja de ofrecer una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables, es decir,

el estresor y la respuesta del estrés. Un estresor es cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés referido. En sus últimas publicaciones Selye insiste en que un estresor no es únicamente un estímulo físico; el estresor puede ser psicológico, cognitivo o emocional.

El desarrollo completo del síndrome incluye las tres etapas siguientes:

1. **Reacción de alarma:** Reacción del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado. Se sugiere el término “reacción de alarma” para la respuesta inicial del organismo porque el síndrome probablemente representa una llamada general a las fuerzas defensivas del organismo. esta etapa tiene dos fases choque y contrachoque. La fase de choque constituye la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. Son síntomas típicos en esta fase la taquicardia, la pérdida de tono muscular y la disminución de la temperatura y presión sanguínea. La fase de contrachoque es una reacción de rebote (defensa contra el choque) caracterizada por la movilización de una fase defensiva, se produce signos opuestos a los de la fase de choque, es decir, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc.
2. **Etapas de resistencia:** En esta etapa se produce adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas.
3. **Etapas de agotamiento:** El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado. Reaparecen los síntomas característicos de la reacción de alarma y puede significar la muerte del organismo.

1.8.2. TEORÍAS BASADA EN EL ESTÍMULO

Las definiciones basadas en el estímulo interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, interpretando que éstos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo.

La principal idea de la ley de Hooke es que el estrés (la carga o “demanda” que se ejerce sobre el metal) produce deformación (distorsión) del metal (es decir, strain). La ley establece que si el strain producido por un determinado estrés cae dentro de los límites de elasticidad del metal, cuando el estrés desaparece el material retorna a su estado original. Sin embargo, si el strain sobrepasa dichos límites, entonces aparecen daños permanentes.

1.8.3. TEORÍAS BASADAS EN LA INTERACCIÓN O TRANSACCIONAL

Las teorías interactivas o transaccionales tienden a maximizar la relevancia de los factores psicológicos (básicamente cognitivos) que median entre estímulos (estresores o estresantes) y las respuestas de estrés. Es cierto que en los enfoques analizados atrás atienden y entienden la relevancia de los factores psicológicos como elementos determinantes en gran medida de las respuestas del estrés; sin embargo, también es cierto que en general tienden a ver a la persona como algo pasivo en el proceso del estrés.

En cambio, en la perspectiva interaccional se especifica que el estrés se origina a través de las reacciones particulares entre la persona y su entorno. Basándose en esta idea de interacción, Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la

situación, siendo está valorada por la persona como algo que “grava” o excede a sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

La idea central de la perspectiva interaccional, o mejor aproximación mediacional cognitiva (Lazarus, 1993), se focaliza en el concepto cognitivo de evaluación (appraisal). La evaluación cognitiva es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

La teoría de Lazarus distingue tres tipos de evaluación; primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria se produce en cada encuentro o transacción con algún tipo de demanda externa o interna. Es el primer mediador psicológico del estrés y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación:

1. **Amenaza:** Anticipación de un daño que aunque no se ha producido, su ocurrencia parece inminente.
2. **Daño-pérdida:** Se refiere a un daño psicológico que ya se ha producido (por ejemplo, una pérdida irreparable).
3. **Desafío:** Hace referencia a la valoración de una situación que implica a la vez una posible ganancia positiva o una amenaza. Resulta de demandas difíciles, ante las que el sujeto se siente seguro de superarlas siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento.
4. **Beneficio:** Este tipo de valoración no induciría reacciones de estrés.

1.9. LA RESPUESTA AL ESTRÉS

Hablar de las respuestas de estrés significa decir que el organismo se encuentra “estresado”, o en estado de estrés (vulgarmente se dice, en tales circunstancias, que una persona “tiene estrés”). Parece, pues, que la

existencia de estrés esta esencialmente unida a la presencia de algún tipo de respuesta del organismo que es etiquetada como “de estrés”.

Previamente se ha visto que esta se define en términos de sobreesfuerzo o “gravamen” impuesto al funcionamiento normal (homeostasis) del organismo. Este tipo de respuesta suele implicar básicamente un conjunto complejo de respuesta fisiológicas características. También suele ocurrir, aunque no necesariamente siempre respuestas de malestar emocional (respuestas emocionales negativas) o, como se dice en términos anglosajones, distres. Además de las respuestas emocionales, pueden darse otras respuestas psicológicas asociadas (respuestas cognitivas y conductuales).

1.9.1. RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

Las respuestas fisiológicas asociadas al estrés fueron establecidas inicialmente por Selye el cual implicó prioritariamente a la activación de sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal, así como también a la activación del sistema nervioso autónomo simpático. Posteriormente, Mason (1968) estableció la idea de totalización neuroendocrina (over-all); con esto pretendía indicar que el sistema neuroendocrino responde a los estresores en forma de patrones de respuesta totalitarios, implicando de hecho a cualquier sistema neuroendocrino del organismo.

Una primera cualidad del sistema neuroendocrino descrita por Mason consiste en que éste es extremadamente sensible a los diferentes agentes estresantes. Además, la respuesta neuroendocrina del organismo implica prácticamente a cualquier hormona. Mason observó que podían aislarse dos patrones diferentes de respuesta hormonal durante el estrés (Sandín, 1984).

El primer patrón incluye un subgrupo de hormonas constituido por los 17-hidroxycorticosteroides (17-OHCS), la adrenalina, la noradrenalina, la tiroxina y la hormona de crecimiento, y se caracteriza por una rápida subida de los niveles de estas hormonas. El segundo patrón consiste en una caída inicial del nivel hormonal, en la que se incluyen los andrógenos, los estrógenos y la insulina. Temporalmente, las hormonas que adoptan la forma de respuesta del primer patrón muestran un perfil monofásico (ascenso-recuperación), mientras que las del segundo patrón adoptan un perfil bifásico (descenso-ascenso). Dentro del primer patrón, o patrón monofásico, la actividad tiroidea es la que permanece incrementada durante más tiempo, alcanzando los calores más elevados incluso después de interrumpir la exposición del individuo al estresor.

Los cambios hormonales que se producen durante el estrés podrían significar un proceso fisiológico asociado a los mecanismos del sistema nervioso central y/o autónomo. Una característica del sistema neuroendocrino es precisamente la gran sensibilidad a los diferentes estímulos con propiedades emocionales (por ejemplo, amenaza externa Pérez y Sandín, 1982).

Actualmente no existe duda sobre la idea de que posiblemente no existe una sola hormona que no se vea modificada ante el estrés. Los niveles endógenos de sustancias de tipo hormonal como las prostaglandinas o los neuropépticos (endorfinas, encefalinas, etc.) también pueden alterarse por el estrés (Sandín, 1984, 1986).

1.9.2. RESPUESTAS PSICOLÓGICAS

La principal respuesta psicológica asociada al estrés es de tipo emocional. Como ha señalado Arnold (1967), la reacción del organismo bajo

estrés es extraordinaria, y tiene como finalidad restaurar el funcionamiento normal. Tal actividad extraordinaria frecuentemente incluye actividades dirigidas hacia una meta (por ejemplo, ira que urge por luchar, dolor que activa y elecita al escape, etc.). De este modo, la emoción es activada junto a los cambios fisiológicos que caracterizan el “síndrome de estrés”, cada vez que éste (el estrés) es psicológicamente experimentado.

Por tanto, un fenómeno que suele ser común en la respuesta del estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional (en la terminología anglosajona se dice distress - y a veces strain)

El tipo de emociones que suelen acompañarse a la experiencia de estrés son emociones negativas, como por ejemplo ansiedad, miedo, ira, depresión, etc., en contraste con las emociones positivas que no suelen darse con el estrés, como la alegría o el placer.

Las emociones, por lo tanto, acompañan y determina en gran medida los procesos de estrés. Bajo ciertas condiciones de estrés pueden existir unas emociones u otras, dependiendo de las circunstancias del individuo y de la situación (valoración de la amenaza, estrategias de afrontamiento empleadas, etc.). Se ha sugerido, por otra parte, que los componentes emocionales asociados al estrés también pueden variar en función de la dimensión agudo / crónico. En circunstancias de estrés agudo es frecuente la experiencia subjetiva de ansiedad / miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. Esto se ha explicado en términos de “agotamiento” en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central (por ejemplo, sistemas catecolaminérgicos), por haber ocurrido un estado sostenido de activación neurofisiológica durante el estrés prolongado. Esto explicaría, por ejemplo, el paso de un síndrome de ansiedad a un cuadro de tipo depresivo.

Frecuentemente se ha indicado que las respuestas psicológicas asociadas al estrés no son únicamente respuestas emocionales. Así, se han referido también a respuestas cognitivas y conductuales como variables psicológicas importantes. No obstante, al considerar estas variables como componentes de la respuesta del estrés independientes conceptualmente de la emoción y de otras variables del estrés, nos encontramos con algunos problemas teóricos y metodológicos. Un primer problema es que las respuestas cognitivas y conductuales que emite el organismo en estados de estrés suelen constituir modos de afrontamiento, ya que este consiste en esfuerzos cognitivos y conductuales ante la experiencia del estrés (emocional-fisiológica); aparte, ciertas respuestas cognitivas consisten en formas de valoración de la amenaza. Por otra parte, como se sabe, la emoción posee también componentes cognitivos y conductuales, además de la propia experiencias emocional.

La preocupación, la pérdida de control percibido y la negación son, por ejemplo, tres tipos de respuesta cognitiva de estrés señalados frecuentemente. Sin embargo, propiamente hablando, la preocupación es un componente cognitivo de la emoción (ansiedad), la sensación de pérdida de control es una faceta la reevaluación cognitiva, y la negación es una estrategia de afrontamiento. Otras respuestas cognitivas, más que componentes de la respuesta del estrés, son resultados des adaptativos. Son ejemplos de este tipo las alteraciones vinculadas al estrés y observadas en facetas cognitivas como, por ejemplo, los bloqueos mentales, la pérdida de la memoria, la sensación de irrealidad, los procesos disociativos de la mente, etc.

Algo parecido ocurre con las respuestas conductuales (o motoras). Por ejemplo, el uso de sustancias psicoactivas como alcohol o drogas y la conducta agresiva (por ejemplo, la expresión emocional de la ira) son teóricamente dos formas de respuestas del estrés. Sin embargo, ambas son

más apropiadamente consideradas como modos de afrontamiento, el primero de tipo escape-evitación y el segundo del tipo expresión emocional (o descarga emocional). La expresión de la ira, por otra parte, podría ser conceptuada como la forma conductual de una emoción, la ira. Al igual que con las respuestas cognitivas, la respuesta conductual del estrés se ha confundido a veces con estados desadaptativos comportamentales, como por ejemplo con la tartamudez y otros desajustes del lenguaje, la drogadicción, las conductas compulsivas, etc.

El afrontamiento tiene con finalidad reducir la experiencia subjetiva de la respuesta de estrés (componentes fisiológicos y emocionales) (asumimos que la experiencia sobre los cambios fisiológicos es básicamente de naturaleza emocional). Una manera de hacerlo, como ya hemos explicado, es focalizándose en la emoción; es decir, tratando de reducir el malestar emocional (tratar de olvidar el problema o negarse a tomarlo en serio son ejemplos de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción y, como tales pueden tener efectos reductores del estado emocional negativo que acompaña al estrés). La interrelación entre el afrontamiento y la emoción, así como también entre el afrontamiento y la respuesta fisiológica, son fenómenos suficientemente demostrados en el momento actual. El afrontamiento es un mediador fundamental de la respuesta emocional. Algunas estrategias de afrontamiento, como la planificación de solución de problemas y la reevaluación positiva, se han asociado a cambios emocionales favorables (de estados negativos a positivos); otras estrategias como la confrontación y el distanciamiento, han correlacionado con cambios emocionales desfavorables (de estados negativos a más negativos) (Lazarus, 1993a).

CAPITULO II

2. EMBARAZO

2.1. GENERALIDADES DEL EMBARAZO

El embarazo es un proceso fisiológico, y como tal debe ser marcado dentro de los acontecimientos vitales normales, pero durante el periodo de gestación se producen cambios y adaptaciones del organismo de la madre, que en ocasiones puede llevar a padecer trastornos previamente inexistentes o a descompensar patologías controladas con anterioridad. La mayoría de los embarazos no presentan patologías, pero es una etapa de gran vulnerabilidad, tanto para la madre como para el hijo. (Lombardía; López de Castro, 2011)

El embarazo normal en el humano tiene una duración promedio de 280 días, contados a partir del primero de la última menstruación. En cuatro centros asistenciales de Medellín se encontró una duración promedio de 38 semanas (266 días).

Para controlar las estadísticas vitales, el periodo de 15 a 45 años se ha aceptado normal para que la mujer pueda concebir. Sin embargo, es necesario anotar que cada vez se encuentran más embarazadas menores de 15 años.

2.2. ETAPAS DEL EMBARAZO

El proceso de desarrollo de un nuevo individuo se inicia con la fertilización. A partir de ese momento el huevo o cigoto comienza una serie

de divisiones mitóticas conducentes a la formación de numerosas células que se diferencian e interactúan para formar los diferentes tejidos y órganos que constituyen un nuevo ser. Todo el proceso de desarrollo corresponde a un plan genético previamente establecido a partir del momento mismo de la fertilización.

El desarrollo prenatal del ser humano se lleva a efecto durante 40 semanas. Las cuales para una mejor comprensión pueden distribuirse en los siguientes períodos:

1. **Pre-embrionario:** Se extiende desde la fertilización hasta la formación del disco embrionario con las tres capas germinales; comprenden desde la primera hasta la tercera semana.
2. **Embrionario:** Hay un rápido crecimiento y diferenciación y se forma la mayor parte de los órganos – organogénesis-;se extiende desde la cuarta semana hasta la octava semana inclusive.
3. **Fetal:** se caracteriza por el crecimiento y la maduración posterior de los diferentes órganos y sistemas establecidos durante el período embrionario; se extiende desde la novena semana hasta el término de la gestación.

2.2.1. **CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL FETO**

La vida intrauterina es una etapa muy importante en el desarrollo del ser humano. Durante esta época existe tres fases definidas: la primera se denomina de diferenciación.la segunda corresponde al crecimiento rápido y finalmente la de crecimiento lento.

A continuación se explican los cambios que ocurren en el feto desde el primer mes lunar hasta la terminación de la gestación. En la descripción siempre se tendrá en cuenta lo que sucede al final de cada mes.

PRIMER MES.- Durante este tiempo tiene lugar un aumento marcado del embrión; toma una posición de flexión hasta el punto de tocarse el talón y la cabeza. Tiene una longitud que varía entre 5 y 8 mm. Se inicia el desarrollo de las extremidades. La boca y las mandíbulas se pueden visualizar fácilmente.

SEGUNDO MES.- Existe un predominio de la región cefálica sobre las extremidades, ha desaparecido la cola y es semejante a cualquier otro mamífero. Se inicia el desarrollo del cerebro y, proporcionalmente, la cabeza es demasiado grande en relación con el resto del cuerpo. Alcanza una longitud de unos 3 cm. Se aprecia la formación completa de los dedos. Aparecen las orejas, la nariz y los ojos. Se han formado los miembros superiores e inferiores con sus respectivos segmentos.

TERCER MES.- La longitud es de unos 7 a 9 cm y puede alcanzar un peso aproximado de 20 gm. Se inicia la aparición de los distintos centros de osificación. Se aprecia una separación total de los dedos de ambas extremidades. El ombligo se ha obliterado y la formación del cordón umbilical es completa. Es posible determinar el sexo. Los movimientos fetales se pueden detectar con el ultrasonido.

CUARTO MES.- Alcanza unos 16 cm de longitud y el peso varía de 100 y 120 gm. Hace su aparición el lanugo, se distribuye por todo el cuerpo y se inicia la formación del cabello. Los movimientos fetales pueden ser detectados por la embarazada. El corazón puede tener un ritmo embriocárdio

y los órganos genitales ya están diferenciados y con un examen ecográfico puede determinarse el sexo.

QUINTO MES.- La longitud aproximada es de unos 25 cm y el peso fluctúa entre 250 y 300 gm. Se inicia la aparición del unto sebáceo. Los movimientos y latidos cardiacos fetales se hacen más frecuentes y de mayor intensidad. Empiezan a salir las uñas y el pelo es más abundante.

SEXTO MES.- Tiene una longitud promedio de 30 cm y el peso puede variar entre 550 y 600 gm. Ya existen depósitos de grasa y si el feto nace en este momento es capaz de respirar. A esta edad gestacional se considera que el producto es viable. Se separan los párpados y pueden registrarse los movimientos.

SÉPTIMO MES.- El peso promedio es de 1.000 gm y la longitud de 36 cm. La vérnix caseosa se encuentra presente y los movimientos son bruscos. La posibilidad de vivir fuera del vientre materno aumenta. Los testículos ya se encuentran en el escroto.

OCTAVO MES.- La longitud varía entre 40 y 42 cm y el peso puede fluctuar entre 1.500 y 1.700 gm. El panículo adiposo se desarrolla y se va perdiendo el lanugo. La piel toma un color rosado, está arrugada y el feto tiene el aspecto de un viejo. Las uñas están bien formadas.

NOVENO MES.- La longitud promedio es de 45 cm y el peso se encuentra alrededor de 2.500 gm. En este momento a desaparecido el lanugo.

DÉCIMO MES.- El feto se encuentra listo para afrontar la vida extrauterina y es considerado completamente maduro y de término. Entre nosotros la longitud varía entre 48 y 50 cm y el peso promedio es de 3.000 gm. Como

puede apreciarse, el feto tiene un crecimiento mayor al comienzo que al final de la gestación.

2.3. SÍNTOMAS DEL EMBARAZO

El diagnóstico del embarazo se hace más o menos fácil con los síntomas referidos por la embarazada y los signos detectados por el médico. Sin embargo, existen algunos casos difíciles en los cuales se requiere la ayuda de los métodos auxiliares de diagnóstico. Durante el estado gravídico ha sido clásico subdividir los síntomas y signos del embarazo en presuntivos, probables o positivos. Los dos primeros aparecen en etapas tempranas, mientras que los últimos lo hacen tardíamente.

Presuntivos: Generalmente son de tipo subjetivo y se conocen como trastornos simpáticos. El valor de estos síntomas para el diagnóstico del embarazo es relativo, ya que las mujeres en falso embarazo también los refieren. La aparición de estos cambios ocurre generalmente al final de la cuarta semana y puede persistir hasta la vigésima. Los síntomas presuntivos más frecuentes son: vómitos generalmente matutinos, sialorrea, disuria, polaquiuria y alteraciones del apetito. Pueden variar desde la anorexia hasta el rechazo total de ciertos alimentos. En las mamas hay sensación de tensión, dolor y cambios en la pigmentación de la areola.

Probables: Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos y es preciso analizarlos muy bien para signarles el valor justo que tiene el diagnóstico del embarazo. Los principales son: amenorrea, los cambios en la forma, consistencia y tamaño del útero, en el cuello uterino y las pruebas endocrinas positivas.

Amenorrea: En toda mujer con actividad sexual y menstruaciones normales, la amenorrea secundaria equivale a un embarazo mientras no se demuestre otra causa para explicar dicho síntoma. Es necesario tener en cuenta el dato de la amenorrea puede ser negado con el propósito de ocultar un embarazo no deseado.

Cambios en los genitales externos: La vulva y especialmente el vestíbulo y la vagina, toma una coloración violácea producida por la vasodilatación que ocurre en estas zonas.

Cambios en el útero: El tamaño, a forma y la consistencia son las principales modificaciones que experimenta el útero y que permite el diagnóstico de embarazo. El crecimiento uterino debe guardar relación con la amenorrea cuando la gestación es normal.

Cambios en el cuello: La consistencia y los cambios de color, son las principales modificaciones que ocurren a este nivel. A partir de la cuarta semana tiene una consistencia blanda, parecida a la que ofrece el lóbulo de la oreja. El aspecto cianótico se aprecia casi siempre en las primeras semanas del embarazo.

Signo de Hegar: El útero grávido tiene una consistencia blanda y este cambio importante aparece a partir de la sexta semana y el sitio donde primero se aprecia es a nivel del istmo uterino.

Niveles de HCG: La determinación de los niveles de gonadotrofina coriónica, HCG, en el suero o en la orina de una mujer que consulta con amenorrea secundaria corta, se utiliza como base para efectuar el diagnóstico del embarazo. Las técnicas que se ha ideado para detectarla, han sufrido cambios marcados desde 1928 hasta nuestros días. Cuando se realiza un

acografía transvaginal y los títulos del HCG son de 3.000 mIU/ml se encuentra un saco gestacional que corresponde a 37 días aproximadamente.

Estos métodos modernos para determinar la concentración de HCG es suero o en orina, han facilitado el diagnóstico de embarazo, especialmente en los casos difíciles o cuando la falla menstrual es muy corta. Entre el 96 % y el 98 % de las pruebas realizadas con 9 días de amenorrea pueden ser positivas. Además, son útiles en el seguimiento y control de las pacientes con enfermedad de trofoblasto.

Positivo: Son confirmatorios de un embarazo. La auscultación de los ruidos fetales es uno de ellos. Desafortunadamente, solo después de la vigésima semana es posible oírlos con el fetoscopio. Hoy, con el uso del doppler se puede detectar la frecuencia cardíaca fetal. Con la ecografía se puede hacer desde la sexta semana. En principio los ruidos fetales se localizan en la región suprapúbica. Al final del embarazo se encuentra en el lado correspondiente el dorso y en los cuadrantes inferior o superior según sea la localización de la cabeza.

Los movimientos fetales pueden aparecer después de la vigésima semana de embarazo y al palpar el útero se puede apreciar. (Botero; Júbiz: Henao, 2004)

2.4. ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS EN EL EMBARAZO

“Un niño que ha sido el favorito indiscutible de su madre, conserva toda la vida, la confianza en el triunfo que a menudo provoca el éxito real”.

Esta frase de Sigmund Freud ayuda a entender que el enfoque psicosomático también abarca la actitud de la madre hacia su hijo en la etapa

de lactancia o etapa oral. En el estudio de los fenómenos psicosomáticos de la mujer embarazada, además de los efectos de las situaciones estresantes sobre la madre, interesa también, en grado sumo, su incidencia sobre el feto. Se ha podido comprobar que los fetos de madres sometidas a fuertes estados de tensión emocional presentaban aumento de la frecuencia cardíaca y de la actividad fetal en general. En estos mismos casos, en el período postnatal se encontraron niños con bajo peso, hiperactividad, aumento de la actividad intestinal y trastornos digestivos.

Se puede enfocar el parto desde un ángulo psicosomático en relación con la preparación psicológica de la gestante, especialmente si existen temores. Todas las mujeres, en grado variable, desarrollan temores relacionados con el parto. Nuestra labor consiste en brindar seguridad y confianza a la gestante. Es importante entender que la dimensión de la medicina psicosomática no culmina con el paciente; también se debe tomar en cuenta la situación de la pareja, el vínculo familiar y la repercusión psicológica que tienen sobre el embarazo. También deben ser tomadas en cuenta las condiciones socioeconómicas, la planificación o la falta de ésta e inclusive la amenaza de un embarazo de alto riesgo, que pone en duda la vitalidad del feto y genera un estado de gran ansiedad en la gestante.

Por otro lado es necesario evaluar la actitud de la mujer ante su embarazo, que se constituye en un indicador pronóstico del mismo y por ende de la salud mental del futuro ser. Conocer la motivación para desear el embarazo indica quién es el que desea: es el deseo de la madre por complacerse a sí misma o es el deseo de complacer a otros (el padre, abuelos, hermanos, etc) para conseguir aprobación, aparente seguridad, sentirse valiosa, entre otras. Desde el deseo se empieza a describir la historia de cada ser. Es dramático ver el sentimiento de rechazo de una gestante hacia su embarazo; nos ubica

en una realidad que hay que explorar desde una dimensión biopsicosocial para brindar la ayuda profesional adecuada y necesaria a esa mujer.

Entre los trastornos psicosomáticos gineco-obstétricos propiamente dichos se encuentran la pseudociesis, la hiperémesis gravídica y la frigidez. Son afecciones debidas a una causa psicológica aislada. Es importante explorar en la paciente la causa, el conflicto psicológico, pues de esto depende la cura. Hemos visto pacientes con hiperémesis que al tener la primera consulta psiquiátrica tienen una mejoría inmediata cuando la ayuda va dirigida a conectarse con el conflicto que la hace vomitar. Así mismo, la magnitud del elemento psicológico en un embarazo psicológico o pseudociesis se expresa de manera resaltante cuando éste desaparece abruptamente en el momento que el médico muestra a la paciente la placa abdomino-pélvica que pone en evidencia la ausencia de feto. Sólo la visión de la misma corrige el volumen abdominal.

Entre otras patologías que afectan la condición y evolución de la mujer embarazada y el feto se encuentran los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, cada vez más asociados a los aspectos psicosociales, con una frecuencia alta de aparición en cualquier trimestre.

Los trastornos psicóticos de aparición en el puerperio inmediato, son cuadros psicopatológicos heterogéneos que generalmente irrumpen sin ninguna causa física que actúe como agente etiológico y la presencia de síntomas confusionales en la fase inicial del cuadro clínico es evidente.

El embarazo en mujeres con retardo mental (producto de una violación en la mayoría de los casos) representa un embarazo de alto riesgo desde el punto de vista biopsicosocial. Esta situación debe manejarse con una intervención multidisciplinaria que oriente y de apoyo a la paciente y su familia en el curso del embarazo. Se debe tener en cuenta que en las mujeres que presentan

las reacciones emocionales más comunes son angustia, depresión, ira y rechazo al embarazo. El familiar más allegado también puede reaccionar con angustia y preocupación. (Márquez, 2000)

2.5. CAMBIOS Y AJUSTES EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO

En la vida intrauterina, el feto está inmerso no sólo en líquido amniótico, sino también en un “recipiente emocional” de la mente de su madre y padre, el cual puede ser más o menos favorable para un desarrollo óptimo y saludable. El feto mismo tiene características únicas desde esta etapa de la vida y ha de adaptarse a ese “medio ambiente”, en preparación para la transición de una existencia acuática a una terrestre: el nacimiento.

Aunque el embarazo generalmente es un periodo de expectativas positivas y felicidad, hay retos emocionales importantes. Una barrera para reconocer algunas de sus dificultades es la expectativa de los futuros padres y de quienes los rodean, de que el embarazo debe ser un periodo sólo de alegría.

La transición a la maternidad la mujer tiene la tarea psicológica de convertirse en madre. Este proceso se ha denominado parentificación o parentalidad.

Lebovici (1999) señaló que con el nacimiento del bebé nace también la madre.

Durante la gestación los futuros padres tendrán que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida. Uno de los cambios más obvios es que la madre ya no podrá pensar sólo en sí misma, sino en “nosotros”: por lo menos en ella y en su hijo o hija.

El apego de la madre hacia el hijo se inicia con la noticia de estar embarazada. Casi toda mujer ya ha tenido desde niña la fantasía de ser

madre. La noticia puede ser recibida con una mezcla de sentimientos: desde la felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo o hasta el rechazo inicial. En casi toda mujer, habrá algún grado de ambivalencia, aun cuando conscientemente desee al futuro bebé. En 30% de los casos, la gestación no ha sido planeada y puede ocurrir en un momento inoportuno.

En condiciones óptimas, con la confirmación del nuevo estado, se desencadenan procesos emocionales que la ayudarán a prepararse a lo que viene. En el pasado, la madre sólo percibía directamente al feto hasta el cuarto mes, al sentir los movimientos de éste. Ésta era la confirmación de que en efecto, estaba vivo.

Es común que en el primer trimestre del embarazo la mujer sienta gran cansancio, somnolencia y náusea, además de vómito matutino. Aproximadamente 80% de las gestantes tendrán náusea y vómito.

Paulatinamente irá sintiendo, como se ha reportado en muchos grupos culturales, los “antojos” por cosas que antes no comía o comidas especiales. Hay poca información sobre la naturaleza y duración de tales antojos, suele asumirse como necesario que la mujer ingiera estos alimentos o preparaciones anhelados, como parte de la atención normativa de la embarazada, y que su compañero o miembros de la familia extendida, satisfagan estos nuevos deseos. Además del deseo de ser atendida por otros, la mujer mostrará una mayor dependencia respecto a quienes la rodean.

En el segundo trimestre, pasada la reacción inicial, la gestante puede permitirse fantasear y meditar sobre el bebé que tiene dentro de su cuerpo. Entonces habla con su bebé, se toca el vientre al sentir los movimientos y piensa en cómo va a ser su hijo y cómo será ella como madre. Comúnmente tiene “sueños” o “fantasías” sobre cómo será su bebé, a quién se parecerá,

si será niño o niña, los posibles nombres, el color de los ojos y el carácter del niño o niña. Esto la ayuda a prepararse para el arribo del “bebé real”. Hacia el final de este período, la mayoría de mujeres ya han revelado su estado a parientes y conocidos, se observa físicamente el aumento de volumen del abdomen y han tenido lugar varios cambios en su fisiología: crecimiento de las glándulas mamarias, aumento de peso y síntomas asociados con el mayor tamaño del útero.

En el tercer trimestre, el feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, lo que da lugar a nuevos síntomas. Entre éstos están los cambios en la marcha, postura y la necesidad de la embarazada de tener comidas pequeñas y más frecuentes, pues el útero empuja a otros órganos. En esta etapa la respiración es más elaborada, el diafragma se eleva unos 4 cm y hay cada vez más progesterona sérica.

El consumo de oxígeno aumenta en 20%. La presión arterial es más baja que en otros periodos de la vida. El volumen sanguíneo aumenta, entre 1,000 y 1,500 mL, se cree que este aumento la ayudará en el futuro cuando haya pérdida de sangre por el parto. La futura madre tendrá períodos de sueño más interrumpidos, despertándose varias veces cada noche. A medida que el feto crece, la vejiga urinaria se ve más comprimida, por lo que tendrá que orinar con más frecuencia. Debido a este crecimiento, la mayoría de las mujeres tendrá reflujo gastroesofágico que se manifestará con sensaciones frecuentes de “acidez”.

Para el final del embarazo, la madre y su familia tienen perentoriamente la tarea psicológica de “hacer lugar” para su hijo o hija. Este “hacer lugar” en primer término, se refiere a que la mujer y su compañero se preparan psíquicamente para pensarse, no como individuos, sino como una entidad conjunta con el bebé. Además, se refiere a las tareas que acompañan a este proceso, literalmente creando espacios físicos (además de los psíquicos)

para acomodar al recién nacido: haciéndole ropita, adquiriendo una cuna o cuna para que duerma, etc. A esta serie de conductas preparatorias algunos autores las denominan “preparar el nido”.

Este “hacer lugar” significa que la mujer hará cosas que otras en su cultura hacen cuando están embarazadas, como: usar ropa de maternidad, hacer menos ejercicio intenso, tener periodos de descanso y permitirse sentir un número de síntomas, como dolores de espalda y otros que le “recuerdan” que está embarazada. La ausencia total de síntomas y el sentirse “como si no lo estuviera” pueden ser signos de negación psicológica del embarazo.

Algunos autores se refieren al embarazo como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica. Bydlowski (1980) lo considera como un estado de relativa transparencia psíquica, en el que los sentimientos, conflictos, recuerdos del pasado y los temores, por decirlo así, suben a la superficie de la vida mental con mayor facilidad. Muchos especialistas piensan que por lo tanto, en esta etapa de la vida es más fácil entender las necesidades y conflictos de la mujer o de la pareja y que es más factible realizar intervenciones psicológicas en ese periodo.

Uno de los retos más importantes es que en su embarazo la futura madre revive los conflictos que ella misma pudo haber tenido con su madre, y las experiencias de “ser hija”.

Ahora, cuando es su turno de convertirse en madre, puede que afloren viejos sentimientos, ambivalencias y tensiones que habían estado latentes. Es decir, el modelo mental que la mujer tiene de lo que es ser madre, puede estar relacionado estrechamente con sus propias experiencias en la infancia, como hija. Cuando la relación ha estado llena de conflicto o cuando ha habido privación de cuidados maternos durante la infancia, puede haber gran dificultad para hacer la transición a la maternidad. Es decir, la embarazada

puede no haber amado a su madre o tener resentimiento con ella, o recuerdos tristes de los cuidados que recibió; entonces puede que no tenga un modelo en qué apoyarse para saber cómo ser madre. Puede que sepa cómo no quiere ser, pero no cómo ser una buena madre.

Con frecuencia se observa que cuando la relación entre la futura madre y la futura abuela estaba llena de tensiones y conflictos, el embarazo y el parto les da una oportunidad para acercarse de nuevo y hacer las paces; mientras la futura abuela ayude a su hija a prepararse para el arribo del bebé.

Toda esta serie de cambios y la complejidad de los mismos, hacen a la mujer y a su pareja vulnerables y con una mayor necesidad de recibir apoyo emocional que en el pasado.

Otra observación psicodinámica frecuente, es que la embarazada manifieste un grado de “regresión” emocional. Habrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de los demás, sus emociones son más intensas y necesita de mayor apoyo emocional de quienes la rodean.

Por desgracia, muchas mujeres, sobre todo en centros urbanos, no cuentan con esta red de apoyo, por lo que se encuentran más aisladas y tienen qué enfrentar todos estos cambios y ajustes, solas. Es necesario estar atento a todos estos fenómenos y retos para los futuros padres, de modo que se puedan detectar situaciones de tensión, conflicto interno intenso y luego buscar la forma óptima de ayudarla en una situación difícil. (Martín, Maldonado, Durán, 2008).

2.6. SEXUALIDADY EMBARAZO

Las relaciones sexuales son una fuente de placer y de comunicación, por lo tanto el embarazo es un buen período para seguir disfrutando de la sexualidad.

Tu cuerpo también se va a beneficiar de las relaciones sexuales, pues con ellas se favorecen la elasticidad y flexibilidad de los músculos que intervienen en el parto.

Es frecuente que notemos cambios en el deseo sexual, dependiendo de las etapas del embarazo y de nuestro estado de ánimo. En algunas personas puede aumentar y en otras disminuir.

En el primer trimestre, las mamas aumentan su sensibilidad. Debido a esto, puede que los primeros meses te molesten hasta los pequeños roces.

El miedo al aborto puede aparecer tanto en el hombre como en la mujer y puede influir en el deseo sexual.

En las primeras semanas te puedes sentir cansada o con sueño, y esto puede afectar tu deseo sexual, pero debes recordar que es una sensación pasajera propia de los primeros meses.

Puedes mantener relaciones sexuales con penetración, salvo que existan problemas que las contraindiquen.

En el segundo trimestre, al estar más avanzado tu embarazo, te sientes más tranquila y segura; esto se refleja también en tu sexualidad, y puede ser el trimestre con mayor deseo sexual.

En el tercer trimestre el vientre va aumentando de tamaño. Esto no tiene porqué alterar las relaciones sexuales, sólo hay que buscar posturas cómodas y placenteras.

Sentir inseguridad y dudas en vuestras relaciones sexuales es normal. Hablar sobre ello os ayudará a superar dificultades. (Rocha, 2006)

2.7. EMBARAZO Y ESTRÉS

Durante la gestación el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo. La gestación sea la primera o no, tiene dos características que le conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: La ambigüedad y la inminencia.

Un embarazo aparece de forma insidiosa, inicialmente con señales dudosas: su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y a la vez lo rechaza (Salvatierra, 1989). La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que se suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo. No cabe duda de que el estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio inminente del parto. Pero hay otros sucesos que son predecibles en cuanto se sabe que van a ocurrir, pero cuyo resultado no es seguro y esos sucesos ocurren a intervalos breves e, incluso, se acumulan al final.

Una gestación suele tener pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas. La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos (náusea, vértigo, cambio de apetito, etc.) que pueden causar inquietud.

El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. La gestación puede favorecer esas microirritaciones, que Lazarus (1986) considera tal vez más importante que los acontecimientos mayores. En segundo lugar la necesidad de acudir al médico o al servicio de salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados pueden incrementar la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o que tiene otros hijos pequeños (Salvatierra, 1989).

Es indudable que la capacidad del acontecimiento embarazo para causar estrés se debe a su doble aspecto, como desafío y como amenaza, ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos.

Se trata de tareas difíciles y comprometedoras, cada vez más exigentes. Pero, simultáneamente hay importantes descargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo

El embarazo se puede considerar una crisis de maduración, porque pone a la mujer de cara a la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma (Deutsch, 1945; citado por Salvatierra, 1989). Durante la gestación se pueden identificar tres periodos críticos que son fuente generadora de estrés:

- La percepción de embarazo y en especial, el periodo de espera para confirmar el diagnóstico.
- La percepción de movimientos fetales, que se dan alrededor del quinto mes

- La percepción de inminencia del parto. Por la distensión del abdomen y por la presentación de las contracciones uterinas se pueden generar altos niveles de ansiedad.

Cada uno de estos periodos genera estrés y exige a la materna un proceso de adaptación y maduración para alcanzar los objetivos psicosociales y biológicos del embarazo (antes mencionados).

Muchos estudios han investigado los principales temores que surgen en las gestantes, Klein (1950; citado por Salvatierra, 1989) en un estudio con 27 primigestantes logro identificar dos tipos de temores como fuentes de ansiedad.

El primero, hace referencia al temor por ellas mismas (por su salud, complicaciones en el embarazo y en el parto, miedo al dolor y a la muerte) así mismo a problemas económicos.

El segundo gran temor identificado hacía referencia al hijo (a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, normalidad mental y embarazo múltiple). Otros investigadores, Light y Fenster (1974, citado por Salvatierra, 1989) entrevistaron a 202 mujeres embarazadas acerca de sus preocupaciones, identificando como los temores más frecuentes; los relacionados con la salud y la normalidad del niño, al deterioro del atractivo físico por el embarazo, al parto y lactancia, así como buscar una forma más efectiva de control natal.

CAPITULO III

3. SUCESOS VITALES

Se centra en los agentes externos (psicosociales) estresantes. Mantenemos el término de “estrés psicosocial” porque en esta perspectiva se entiende que los acontecimientos estresantes constituyen el estrés, los cuales producen alteración (strain) en el funcionamiento psicológico y somático del organismo.

Se incluye en este apartado dos tipos de demandas psicosociales o estrés psicosocial uno centrado en los denominados sucesos vitales (lifeevents), o sucesos vitales mayores, y otro conocido como estrés diario o sucesos menores (también microeventos).

Toda situación de cambio percibida como negativa que desencadenan una serie de modificaciones en las personas a fin de adaptarse a la situación. La falta de adaptación o resolución a dicha situación puede desencadenar numerosos síntomas y signos, como la aparición de enfermedades. A nivel familiar, pueden desestabilizar la homeostasis del grupo familiar y en caso de no contar con estrategias y recursos adecuados para su adaptación, pueden concluir en una disfunción familiar.

Los sucesos vitales tienen mucha repercusión a nivel del ambiente familiar debido a que es el lugar en donde existe con mayor frecuencia los conflictos, a los cuales las reacciones son diferentes en cada situación o existen situaciones en la que se buscaría alejarse para evitar ciertas dificultades.

3.1. DEFINICIÓN

Los sucesos vitales son definidos como experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en la conducta de dicho individuo.

Se entiende por suceso vital los hechos o sucesos que son relevantes en la vida de las personas y que éstas reconocen como importantes para su cambio evolutivo. A lo largo de la vida los seres humanos atraviesan por distintas épocas (niñez, adolescencia, juventud, etc.) en las que les ocurren acontecimientos que recuerdan como decisivos. Así la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc., son datos importantes para las personas que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones. (Salvador, 1999)

3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS SUCESOS VITALES

3.2.1. SUCESOS VITALES

El desarrollo de la aproximación conocida como “enfoque de los sucesos vitales” se debe indudablemente al grupo de Thomas H. Holmes. Sin embargo, las ideas de dos defensores de la conceptualización de la enfermedad como proceso biopsicosocial, Harold G. Wolff y Adolf Meyer, influyeron significativamente en la orientación científica de aquél. De forma particular Meyer, interesado por la interrelación entre la biología, la psicología y la sociología, en relación con los procesos de salud y enfermedad desarrollo durante décadas de los veinte y treinta lo que denominó life chart (historia vital)

Holmes intento reflejar el “gravamen psicosocial” a que están sometidos los individuos (en particular los que padecen alguna enfermedad) para relacionarlo con la salud. La SER (inventario de experiencia reciente) consistía en ítems sobre sucesos vitales (lifeevents). Estos no fueron seleccionados de forma arbitraria o especulativa; solo se seleccionaron los que había resultado ser significativos en las historias personales, y que parecían asociarse con el inicio de las enfermedades, los sucesos vitales son definidos por Holmes como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo. Se asume, por tanto, que los sucesos vitales pueden evocar primariamente reacciones psicofisiológicas.

De esto modo los sucesos vitales podrían denominarse igualmente como “cambios vitales”. A mayor cambio (por ejemplo, por la suma de varios sucesos vitales), mayor probabilidad de enfermar.

Tales sucesos pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero a veces son eventos más o menos normativos, tales como el matrimonio, el divorcio, la pérdida de trabajo o las pequeñas violaciones a la ley. Puesto que los sucesos vitales asumen como fenómenos que inducen reacciones fisiológicas y/o psicológicas perturbadoras.

3.2.2. SUCESOS MENORES (ESTRÉS DIARIO)

Lazarus (1984) y sus colaboradores han llamado la atención sobre otros tipo de sucesos de menor impacto o menos salientes, pero mucho más frecuentes (ocurrencia diaria o casi diaria) y más próximos temporalmente al individuo (DeLongis. *Et al.*, 1988; Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981). Se trata de sucesos diarios, que por tanto ocurren con cierta cotidianidad, como las pequeñas disputas familiares, problemas económicos, etc. También se han definido como “microeventos” o sucesos menores.

Estos autores sugirieron que tanto el estrés menor (o diario) como las satisfacciones que caracterizan la vida cotidiana poseen mayor significado para la salud de los sucesos vitales. En concreto definieron estos dos tipos de eventos como hassles (fastidios, contrariedades o sucesos negativos) y uplifts (placeres, satisfacciones). Los hassles consisten en demandas irritantes, frustrantes y estresantes (malestar emocional) que caracterizan nuestras transacciones cotidianas con el medio. Incluyen, por ejemplos, (1) problemas prácticos fastidiosos como perder o romper cosas, atascos de tráfico, no disponer de dinero, etc., (2) sucesos fortuitos como las inclemencias del tiempo, y (3) contrariedades de interrelación social como discusiones, problemas familiares, decepciones, etc.

Las satisfacciones (uplifts), en cambio, son expresiones positivas, como las derivadas de manifestaciones amorosas, recibir buenas noticias, etc. Kannery colaboradores (1981) asumen que los sucesos positivos deberían estar relacionados con la salud porque, al tratarse de experiencias de valencia positiva, podrían actuar como amortiguadores emocionales del estrés.

Cada individuo está predispuesto a sufrir un cierto grado de un estrés diario sea este de motivo personal o social debido a que los seres son vulnerables a cualquier situación por mínima que esta sea, cada persona tiene formas de reaccionar distintas ante cualquier eventualidad, sin embargo estar expuesto a factores de riesgo como el trafico, el smok, los ruidos generarían demandas tanto frustrantes como gratificantes.

3.3. **INVENTARIO DE ESTRESORES PSICOSOCIALES**

Los inventarios de sucesos vitales son pruebas que se utilizan para poner en evidencia los estresores del sujeto que se estudia. Cuando a cada

contingencia se le da un valor en puntos se hace posible estimar “la carga total de estrés” a qué está sometida una persona en cuestión. Como la significación y la intensidad de los sucesos varían de acuerdo con cada país y etnia, los cuestionarios deben resultar adecuados para cada cultura.

El autor propone un temario de estresores que pueden servir de guía para confeccionar cuestionarios aplicables a niños y adultos, que se detallan a continuación.

- **Psicotraumas:** Característicos de la infancia y adolescencia. Pueden ocurrir por actitudes abusivas de los padres u otros familiares (autoritarismo, permisividad, sobreprotección, rechazo, apego excesivo, maltrato físico, abusos sexuales, tratamiento culpabilizante); carencia de estímulos (sensoriales, culturales, morales y sociales); exceso de exigencia; embarazo en la madre; rivalidad, odio o celos del padre; nacimiento o preferencia de los padres por algún hermano; o por conflictos, rivalidad y comparaciones entre hermanos. También es posible que se produzca por el estrés generado de las relaciones interpersonales con otros niños; abusos y burlas de otros niños o adolescentes; desventuras, enfermedad o muerte de un miembro de la familia; o por discordia o separación de los padres.
- **Estrés escolar y académico:** Por lo general ocurre por el inicio de la actividad escolar del niño, la inadaptación al régimen escolar, por haber cambiado de escuela o por abusos y actitudes dañinas de los maestros. Sin embargo, deben investigarse otras causas que también resultan bastante comunes: errores pedagógicos en los programas, textos y métodos de enseñanza; abusos y conflictos con compañeros; dificultades con la atención o la capacidad intelectual del niño; el estudio de materias sin interés ni motivación; o estrés por evaluación o exámenes. Otras

causas de estrés son el fracaso académico; no lograr ingresar a una carrera; que deba estudiarse durante el tiempo libre del adulto; por sobrecarga curricular y ausencia de pausa entre clase; o por realizarse las actividades docentes en aulas superpobladas, con exceso de ruidos, temperaturas no confortables o defectos de iluminación.

- **Estrés ocupacional:** Sucede por desocupación, por inseguridad en el contrato de trabajo, el inicio de una nueva actividad, o un cambio de cargo. También se origina por una defectuosa selección para el puesto a desempeñar o por inadecuación al cargo; por roles ambiguos o conflictivos; por lejanía del lugar de trabajo; por sanciones, demociones o despidos; o por falta de reconocimiento moral.

Tanto las promociones como la imposibilidad de ser promovidos; la escasa demanda de trabajo como las tareas monótonas y las que requieren un intenso esfuerzo intelectual o corporal, provocan este tipo de estrés.

Estrés sexual: Es causado por incesto; represión sexual; por culpas o ideas negativas; respecto a la masturbación, fantasías eróticas u otros temas sexuales; por miedo a la homosexualidad. Ser víctima de violación, de abusos sexuales o de perversos sexuales son motivos comunes de estrés. La fealdad, la carencia de atractivo erótico; el rechazo sexual; las exigencias de desempeño en la alcoba; los valores y mitos sexuales nocivos; y la disfunción sexual, también figuran entre los principales orígenes de este tipo de estrés. Otros psicotraumas dependen de las incompatibilidades con la pareja sobre el deseo, la excitación, la respuesta orgásmica o el modo de hacer el amor; el señalamiento o las burlas respecto las formas o a las dimensiones de los genitales; las lesiones en los genitales y el dolor físico durante el coito; la

carencia de un ambiente aislado e íntimo para hacer el amor; y el miedo a enfermedades venéreas y de transmisión sexual.

- **Conflictos amorosos y matrimoniales:** Este tipo de estrés surge por un fracaso amoroso, infidelidad, culpa por relaciones extramatrimoniales, por convivencia obligada con ausencia de amor o por celos y falta de confianza. Además de la omisión de gestos de ternura y de comunicación, el incumplimiento del “contrato marital”, el abuso, maltrato o violencia en la pareja y el abandono, la separación y el divorcio, han sido registrados como importantes factores de estrés.
- **Estrés por maternidad y paternidad:** Puede ser causado por rechazo a la maternidad o por oposición a tener hijos; por una gestación indeseada o por estrés de la gestación; por aborto o esterilidad. En algunas culturas ser madre soltera es generador de estrés. También se anotan en este tema el estrés dependiente de la incertidumbre ante el parto- especialmente en gestantes de alto riesgo, las preocupaciones sobre la normalidad del recién nacido; las malformaciones, enfermedades y muerte del recién nacido; el estrés de los padres ante el recién nacido o el de padres adolescentes; el periodo de lactación; el parto y nacimiento de niños prematuros o el de gemelos; la menopausia.
- **Estrés familiar:** La mayoría de las causas de sufrimiento familiar se relaciona con el tema de los hijos. Se considera estresantes los esfuerzos para criar a los hijos y los desacuerdos de los padres sobre el mejor modo de hacerlo. Otras causas de malestar se refieren al desapego, la falta de amor y el maltrato de los hijos hacia los padres. Suelen resultar psicotraumáticas las enfermedades, muerte, prisión, casamiento o abandono, de la casa por los hijos. En las familias “ensambladas” son frecuentes los conflictos con los hijos de matrimonios

anteriores. La incorporación de un nuevo miembro a la familia obliga a un esfuerzo de adaptación para todo el grupo.

- **Estrés doméstico:** Se trata de un malestar “invisible” y poco percibido que depende de la compra de provisiones, la preparación de la comida, la limpieza de la vajilla, de la ropa o de la vivienda. Incluye a demás la atención a los miembros de la familia, especialmente a los niños y a los ancianos, las dificultades con el abastecimiento de agua o de fluido eléctrico a la vivienda; y la pérdida, enfermedad o muerte de un animal doméstico.
- **Estrés del transporte:** Entre las causas que determinan estos trastornos deben referirse: la necesidad de amainar largas distancias; la insuficiencia en los servicios de transporte público; los problemas por fallas mecánicas, la falta de combustible o mantenimiento de vehículo individual; los choques y otros accidentes; y la congestión de tránsito.
- **Estrés de la vivienda:** La carencia de vivienda en personas marginales que viven en la calle, el incendio o daños en la casa, la residencia en un albergue provisional o en condición de agregado con otra familia, son los casos que producen un mayor estrés de la vivienda. Además, deben a notarse en este ítem la inadaptación y los conflictos con el vecindario y los deseos de mudarse de residencia.
- **Estrés médico y de problemas de salud:** Es generado por iatrogenia, por las entrevistas y otros procedimientos de diagnóstico médico, por el ingreso a una unidad de urgencias o a un hospital y por el diagnóstico de enfermedades crónicas, incapacitantes o graves que incluso puedan provocar la muerte. También pertenecen a este tema el anuncio y la práctica de una intervención quirúrgica; el dolor que puedan provocar

ciertas enfermedades; las cicatrices, las amputaciones o las malformaciones corporales; la invalidez; las enfermedades de transmisión sexual las que provocan una atención indeseada por parte del otro con burlas y estigmatización social; tener a cargo un familiar gravemente enfermo; y la alarma por epidemias de enfermedades con altos porcentajes de mortalidad-como el cólera.

- **Crimines y situaciones legales y policiales:** Este tipo de daño sucede cuando se es objeto de lesiones, asalto o daño a la propiedad: cuando se extravía documentación personal; cuando se sufre accidentes y sanciones de tránsito. Además ocurre en casos de auditorías y registros de control impositivo; procedimientos policiales y juicios con daño tanto para el agresor como para la víctima, segunda victimización; cuando existen sanciones pendientes o en situaciones de detención y encarcelamiento.
- **Estrés económico:** Los salarios o las pensiones insuficientes; los fracasos comerciales; la desproporción entre ingresos y gastos; los gastos extraordinarios; las deudas; la pobreza y la necesidad de asistencia social, son las principales situaciones que causan este tipo de estrés.
- **Estrés social:** Estos psicotraumas se originan por las malas relaciones interpersonales, el aislamiento social, el hacinamiento y el malestar por la aglomeración de personas, la opresión y la discriminación social de la mujer, y los conflictos étnicos, raciales, religiosos, sindicales o políticos. Este tipo de malestar sucede frecuentemente en las poblaciones de los barrios marginales, en la clase social baja, durante las crisis económicas de los gobiernos, cuando se desata violencia en el Estado, por

migraciones y exilios masivos, por carencia de derechos humanos y civiles, y por la falta de libertad y de participación en el poder.

- Finalmente, la degradación ecológica es otro factor importante que genera estrés social.
- **Estrés militar:** Ocurre durante el ingreso al servicio militar; el entrenamiento y la movilización de personal militar; el maltrato y el abuso por parte de oficiales u otros militares; la participación en combates; y las heridas y las pérdidas de compañeros durante las acciones de guerra.
- **Cambios en los patrones de vida:** Este estrés provocado por cambios de horarios y tiempos de sueño; por viajes prolongados con cambio de meridiano geográfico y de hora; por modificación en los hábitos alimenticios y sexuales; por los cambios de la “carga corporal”, es decir sedentarismo o hiperactividad; y por la modificación de las actividades recreativas. (Orlandini, 1999)

3.4. IMPACTO EN LA FAMILIA

La familia en su desarrollo se ve afectada por situaciones o circunstancias que introducen cambios en su funcionamiento y estructura, debido a la ocurrencia de acontecimientos o eventos, que actúan como fuentes generadoras de estrés.

1. El estrés familiar va a depender tanto de las demandas del medio (acontecimientos vitales), como de la percepción que tiene la familia de ellas. La vivencia de ese estrés va a estar determinada por la significación que la familia asigna al evento vital. La forma de enfrentamiento toma en cuenta el uso de recursos protectores, como lo es el apoyo social, la capacidad de

reajuste familiar, o la adaptación entre otros, que contribuyen a minimizar los efectos del impacto de los eventos en la salud.

2. La repercusión, que para la salud familiar pueda tener cualquier evento, puede ser de diferentes magnitudes, desde muy severa, hasta leve, y puede afectar diferentes áreas de la familia como puede ser su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia. Cada una reacciona ante los eventos familiares de forma única y particular; por ello, el mismo evento puede repercutir de modo muy diferente en una familia y en otra, o en un momento u otro.

El impacto en los eventos en la salud familiar depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que esta tenga para enfrentar los cambios, o realizar los ajustes necesarios, actuando en pro de una adaptación a la nueva situación, así como también a la capacidad de abrirse como sistema y permitir la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando la ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones.

La adaptabilidad familiar o los recursos adaptativos con que cuenta la familia no es más que la capacidad de flexibilidad familiar para enfrentar circunstancias, factor en el cual son de suma importancia los cambios para adaptarse a las nuevas situaciones, es decir, la habilidad para cambiar los límites, los sistemas jerárquicos, los roles, las reglas, las formas de comunicación y los proyectos de vida en dependencia de las nuevas circunstancias.

El apoyo social es un recurso que se puede referir al propio sistema cuando es la familia la que actúa como sistema de apoyo, brindando ayuda a todos sus miembros, o cuando las recibe de otras personas, grupos o instituciones.

El apoyo social constituye un factor presente en la sociedad que puede ser tomado en cuenta por la familia para enfrentar una situación ya evaluada como estresante; los sistemas de apoyo social modulan las respuestas que emiten las personas ante un evento de la vida.

El apoyo social influye en la salud a través de la percepción que tiene un individuo en concreto sobre la disponibilidad de ayuda de otras personas ante cualquier evento estresante, o como resultado de la positiva vivencia de pertenencia a la red social a la que está integrado.

3.5. CONSECUENCIAS DE LOS SUCESOS VITALES SOBRE EL INDIVIDUO Y LA FAMILIA

3.5.1. SOBRE LAS PERSONAS

Aparición de enfermedades: cardiovasculares (HAS, IAM, EVC); Endócrinas (DM);

Gastrointestinales (Síndrome de colon irritable, alteraciones motoras). Padecimientos psiquiátricos: Ansiedad, depresión. También se ha encontrado una relación entre estos eventos y problemas de asma, cefaleas y algunas epilepsias.

3.5.2. SOBRE LA FAMILIA

Cuando los AVE son intensos y no existen recursos familiares, o son insuficientes, pueden desencadenar una crisis familiar. Las crisis familiares generan desequilibrios y el sistema puede alterar su funcionamiento al no mantener las normas de convivencia ni cumplir con las actividades y tareas de los distintos miembros.

Los elementos que definen la crisis familiar son los siguientes: (Revilla y col.)

- Incapacidad de la familia para cumplir los roles y sus tareas habituales en el trabajo, el negocio y la escuela.
- Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas
- Incapacidad para cuidar de otros en la forma habitual y
- Pensar y preocuparse más por la “supervivencia” personal que de la familia

En algunos problemas psicosociales, se ha comprobado relación causal entre los propios AVE, es decir que un evento estresante conduce a otro y así sucesivamente hasta la resolución ya sea óptima o no. Ejemplo: la muerte de un hijo conduce a problemas conyugales finalizando con el divorcio; por otra parte puede concluir en unión de la pareja y ayuda mutua para enfrentar la situación.

Generalmente uno de los factores psicosociales más comunes es la violencia generando la violencia psicológica siendo una conducta, actitud o modo de vincularse traducidas en actos u omisiones en el trato que causa un perjuicio a la víctima, sea intencionalmente o no. En todo acto de violencia psicológica existe una coerción, una dinámica vincular que tiene por efecto “la obligación de hacer algo para el otro”. Así como el agresor puede hacerlo intencionalmente o no, la víctima puede ingresar en este funcionamiento sin darse cuenta.

Los daños por la violencia psicológica son tan importantes y peligrosos como en la violencia física. La violencia, el maltrato, el acoso, la manipulación producen un desgaste en la persona que la deja incapacitada, paralizada para defenderse.

La violencia psicológica o emocional que estás viviendo, es un factor estresante el cual aumentará el riesgo de aparición de problemas de salud mental si no se tratado desde los primeros maltratos. Es un patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivas cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas de ejercer otras formas de violencia, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoque a las que reciben deterioro, afectación en la estructura de la personalidad, afectándose gravemente el autoestima, cayendo así en cuadro depresivo, trastorno de ansiedad, trastornos fóbicos, trastorno de estrés postraumático, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de tóxicos.

3.6. ACERCAMIENTOS TEÓRICOS DE LOS SUCESOS VITALES

El acercamiento científico a los sucesos vitales es pluriparadigmático. De hecho dentro de la psicología evolutiva los tres paradigmas clásicos de investigación, mecanicista, organicista y contextual dialéctico, han hecho aportaciones relevantes. Desde el punto de vista teórico, es especialmente el paradigma contextual dialéctico y dentro de éste la teoría del ciclo vital, el que más aportaciones realiza al estudio de los sucesos vitales.

3.6.1. CONCEPCIÓN ORGANICISTA

Esta corriente concibe el organismo humano como una totalidad activa y organizada. Al mismo tiempo admite cambios cualitativos tanto en las partes como en la estructura de dicho organismo.

El método que utiliza es la síntesis de complejidades y el estudio de las relaciones estructura-función. Por otra parte el desarrollo se ve como un

cambio estructural discontinuo y los estados posteriores no son predecibles a partir de estados previos.

Entre los autores organicistas que han profundizado sobre la importancia de los hechos vividos, es necesario referirse a Levinson y otros (1974). Este autor distingue dos tipos de periodos en el ciclo vital: los periodos estables, con duración entre seis y ocho años, en los que los sujetos van construyendo su estructura de vida, que incluye realizar elecciones cruciales y prepararse para la construcción de metas particulares; y los periodos de transición, en ellos los sujetos terminan una estructura de vida para comenzar una nueva. En estas fases se produce la exploración de posibilidades nuevas y desconocidas para el cambio. Estos periodos tienen una duración de cuatro a cinco años. Levinson, a partir de esta clasificación, distinguió cinco periodos que pensamos podrían ser considerados como consecuentes a cambios de edad:

1. **Transición adulta temprana:** Se da entre los 17-18 y 23-24 años de edad. El sujeto modifica sus relaciones interpersonales y tiende a explorar más el mundo de los adultos. Los hechos que acontecen en este periodo son: graduación en la universidad, salida del hogar paterno.
2. **Entrando en el mundo adulto:** Ocupa toda la veintena del sujeto. En ella hay una exploración y un compromiso provisional por parte del individuo que conlleva responsabilidad. Se suelen producir sucesos como el matrimonio, y la entrada en el mundo laboral como consecuencia de una elección profesional.
3. **Transición en la edad de los 30 años:** Tiene lugar entre los 28 y 33 años. En este periodo al sujeto se le presenta la oportunidad de modificar la provisional estructura adulta en el caso de sentirse equivocado. Por

ello los acontecimientos que suelen darse son: separación o divorcio, cambio de trabajo, cambio de residencia.

4. Sentando la cabeza: Se da entre principios y finales de los 30. Durante esta edad se supone que el individuo goza de una cierta estabilidad, seguridad y compromiso, estando capacitado para realizar planificaciones carcas a conseguir metas específicas. Un acontecimiento característico y fundamentalmente en varones es la búsqueda y resolución de una promoción en el trabajo.

5. Transición de vida media: Comprende la década de los 40. La transición puede ser tranquila o tumultuosa, dependiendo de las experiencias por las que haya pasado el sujeto. Cuando termina la transición comienza un nuevo periodo de estabilidad.

En general los aportes organicistas tratan de describir estructuras organizativas que permitan a los psicólogos la interpretación evolutiva de los acontecimientos relevantes para cada edad. De la teoría de Levinson se pueden extraer conclusiones generales que expresan paradigmáticamente la concepción organicista acerca de los sucesos:

- a.** Ve el desarrollo en su totalidad organizada que incluye tres aspectos: mundo sociocultural donde se pueden dar sucesos históricos y por lo tanto cambios de vida generacionales, participación en ese mundo con sus roles, y por lo tanto sucesos relacionados con esos roles, y aspectos del yo expresados o suprimidos.
- b.** Se centra más en las relaciones estructura-función que además no percibe los sucesos de vida como causas sino como componentes integrantes de una complejidad organizada;

- c. Se centra en el cambio estructural, es decir, en el cambio de las estructuras de vida, lo que explica el desarrollo.
- d. Hace hincapié en la discontinuidad entre periodos.
- e. Da mayor importancia a la universalidad de los sucesos que a la relatividad, aunque la secuencia de ellos puede variar en las mujeres respecto de los varones y también en el momento histórico.

3.6.2. CONCEPCIÓN MECANICISTA

Como es bien conocido, las teorías que responden a este modelo paradigmático buscan las fuentes de cambio en el ambiente más que en los cambios producidos por el propio organismo; la edad sólo es considerada en cuanto que describe las capacidades del organismo y da una indicación general de la historia de estímulos del ambiente que actuarán en las experiencias individuales. El método que utiliza es el análisis de elementos y el descubrimiento de las relaciones antecedente-consecuente. Del mismo modo, las conductas posteriores se pueden predecir a partir de los antecedentes previos. Así, desde la concepción mecanicista se piensa que los sucesos son como antecedentes de las conductas.

Dentro de esta concepción cabe destacar las aportaciones de Dohrenwend (1978), autor que afirmó que la anticipación a una situación estaba determinada por las características de los individuos y el control de dicha situación, por las características de la situación o naturaleza de los eventos. Este autor incluye en su modelo cuatro elementos: grupo de antecedentes estresantes; grupo de factores mediadores; síndrome de adaptación psicosocial; respuestas consiguientes adaptadas o desadaptadas.

En resumen, para el paradigma mecanicista, en el que se incluye también la teoría del aprendizaje social, la investigación sobre los sucesos reuniría las siguientes características generales:

- a. Las investigaciones están centradas en el papel de los sucesos como antecedentes a las diversas respuestas resultantes.
- b. Los sucesos vitales y factores mediadores son vistos como elementos que se combinan de forma aditiva y lineal para producir resultados determinados.
- c. Los sucesos de la vida son vistos como antecedentes potenciales o causas (relación antecedente-consecuente); se interesa por las conductas específicas y observables y no por un cambio estructural. Cada suceso actuaría como antecedente concurrente de un cambio de conducta en el sujeto (énfasis en el cambio de conducta); los cambios son vistos como continuos en el sentido de ser reducibles o predecibles a estados anteriores (continuidad del desarrollo); no existe una respuesta universal a los sucesos vitales, se pone el énfasis en las diferencias individuales dentro del desarrollo.

3.6.3. CONCEPCIÓN CONTEXTUAL DIALÉCTICA

Para la concepción dialéctica el desarrollo es visto como producto entre los valores del medio y del organismo, el cambio evolutivo es, por tanto, efecto de los acontecimientos externos que contribuyen a modificar el estado del organismo a través del tiempo.

Los autores contemporáneos, significativamente representantes de esta línea paradigmática, han sido los que más investigación han dedicado al estudio de los sucesos vitales. Entre ellos cabe destacar a Reese y Smyer (1983) que señalan como categorías de los sucesos vitales las siguientes: el

contexto o espacio vital en el que se producen (comunidad, familia); el dominio o área de funcionamiento afectada, los dominios se refieren a los de naturaleza biológica o madurativo personal, los de naturaleza psicológica, y los entorno físico-ambiental social o histórico-cultural; las fuentes o causas de los sucesos, donde se pueden identificar como tales la herencia, el ambiente físico, el ambiente socio-cultural y el sí mismo.

Finalmente, la última categoría descrita por Reese y Smyer hace referencia a los tipos de sucesos vitales, incluyéndose los biológicos (enfermedades, embarazo...), personales psicológicos, considerados como acontecimientos auto-determinantes (elección de carrera, selección de un compañero...), ambiental-físico, referidos a objetos físicos (pérdidas, desastres naturales...), socio-culturales, que incluye sucesos interpersonales como casarse, ser padre, jubilarse, ser abuelo.

Baltes y Brim (1979) proponen dos categorías de acontecimientos como síntesis de las distintas posturas de diferentes autores. Estas son: sucesos individuales que son aquellos que son experimentados como parte del curso normal de la vida (matrimonio, nacimiento de un hijo...).

Su característica es que ejercen una influencia directa sobre el individuo que los experimenta y secundariamente sobre los seres que son significativos para dicho individuo. Por otra parte tenemos los sucesos culturales que corresponden a aquellos que son experimentados como parte del curso de la vida. Afectan a un gran número de personas (guerras, depresiones económicas, catástrofes naturales...).

CAPITULO IV

MARCOMETODOLOGICO

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población será seleccionada con las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Dr. Enrique Garcés en el área de Obstetricia y Ginecología.

Es una población amplia de mujeres de condiciones económicas bajas y medias, procedentes de sectores aledaños a la ciudad. Personas con un promedio de 16 años en adelante y en distintas etapas de gestación.

DISEÑO DE LA MUESTRA

Se ha decidido aplicar un modelo probabilístico de estilo Aleatorio Simple en el Hospital Enrique Garcés el área de Obstetricia y Ginecología. El tamaño de la muestra se calculara mediante proporciones, para lo cual se empleara la siguiente fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q * N}{e^2(N) + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 * p * q} \right)$$

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población total de pacientes que acuden es de 204 tomando en cuenta tres meses del año, la muestra seleccionada será de 133 personas.

$$n = \left\lceil \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(204)}{(0.05)^2(204) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} \right\rceil$$

n = 133 mujeres en período de gestación

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

MÉTODOS

Se utilizara los siguientes métodos

Método clínico.- El mismo que se lo utilizara para buscar información específica mediante la exploración, estudio y análisis de la sintomatología.

Método Inductivo- deductivo.- Para obtener características particulares de las generales y abstraer características generales de las particulares.

Método Estadístico.- Método que nos ayuda a recoger, analizar y sintetizar los datos para tener una información cuantificable y demostrable.

Método de medición.- Se asignara valores cuantitativos a objetos para representar las cantidades y se caracterizaran por su objetividad, precisión y la capacidad de comunicar información.

TÉCNICAS

Entrevista.- Para la recolección de datos demográficos.

Observación.- Obtener características particulares de los pacientes

Psicométrica.- Nos permite medir factores psicosociales que generan riesgo de padecer estrés.

INSTRUMENTOS

Escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe

FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

La investigación consta de tres fases.

PRIMERA FASE:

- La elaboración del plan de investigación
- Selección de la muestra
- Contacto y socialización con las personas encargados en el piso y área de Obstetricia y Ginecología
- Entrega y aprobación del plan de investigación.

SEGUNDA FASE:

- Socialización del plan de investigación con las autoridades del Hospital.
- Elaboración del marco teórico
- Revisión y búsqueda del material bibliográfico que sustente al marco teórico.

- Contacto con la muestra, levantamiento de la información y aplicación de los reactivos para el estrés y factores psicosociales.

TERCERA FASE:

- La tabulación de los datos
- Realización de los cuadros estadísticos
- Comprobación de los objetivos y las hipótesis
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones

CAPITULO V

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la evaluación e interpretación de los resultados, se debe considerar que se utilizaron datos socio demográfico, con el fin de determinar ciertas características del área de Obstetricia y Ginecología del Hospital Enrique Garcés y un cuestionario, llamado el de la Escala de Valoración del Reajuste Social que mide 43 ítems y determinar los niveles de riesgo de estrés.

La escala de reajuste social fue construida después que cientos de personas con diferentes historias biográficas, cuantificasen el grado de ajuste relativo que necesitaron para adaptarse a estos cambios.

Una acumulación de 200 o más unidades en un solo año incrementa la incidencia de trastornos psicosomáticos.

ANÁLISIS SOCIO DEMOGRÁFICO

EDAD DE LA MADRE

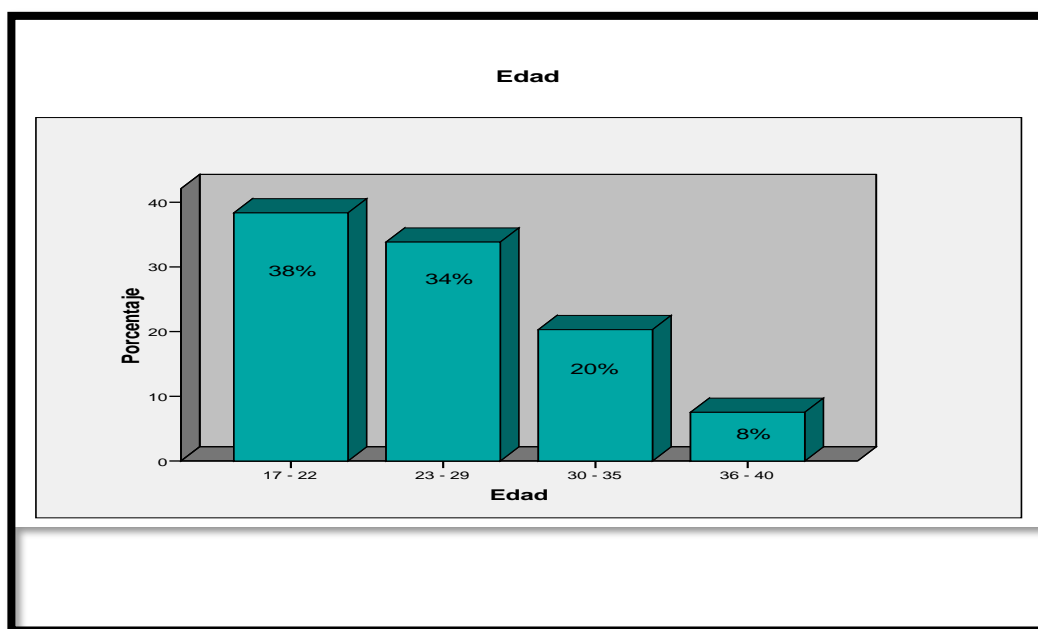
Tabla 4: Edad de la Madre

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	17 - 22	51	38,3	38,3	38,3
	23 - 29	45	33,8	33,8	72,2
	30 - 35	27	20,3	20,3	92,5
	36 - 40	10	7,5	7,5	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 1: Edad de la Madre



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

El análisis de la edad de la madre, muestra que la edad más frecuente de las mismas es de 17 a 22 años, esto lo representa el 38%, o lo que es lo mismo decir que 51 madres se encuentran es período de gestación, el 34%

corresponde a madres que tienen la edad de 23 a 29 años, es decir 45 madres; el 20% indica que la edad de las madres es de 30 a 35 años y sólo el 8% corresponde a la edad de 36 a 40 años.

Lo que indica que en su mayoría el promedio de edad de madres gestantes del Hospital Enrique Garcés es de 17 a 29 años con un total de 72%.

ESTADO CIVIL DE LA MADRE

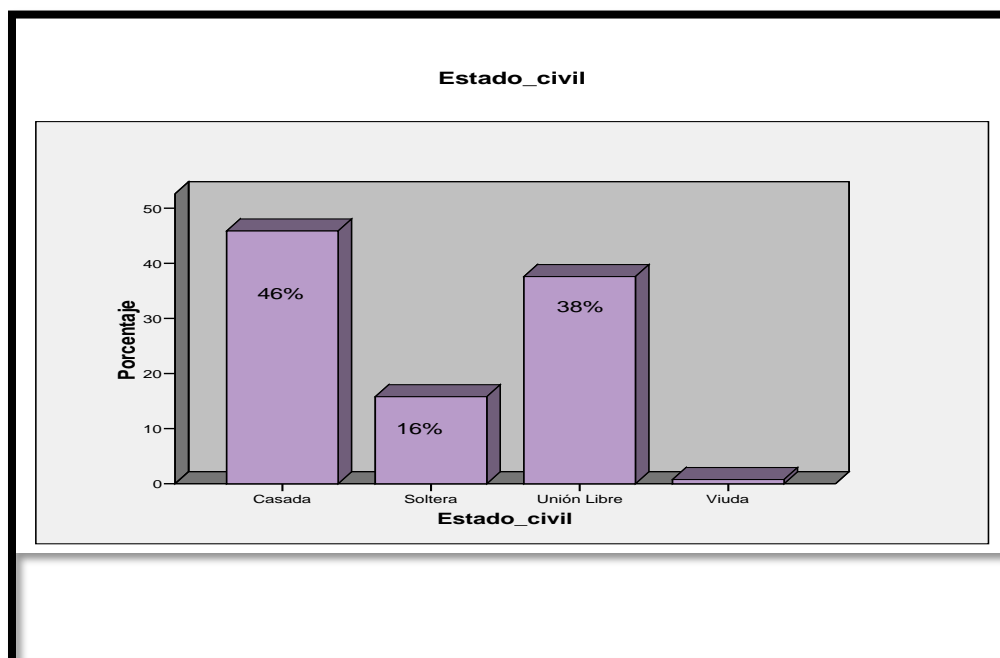
Tabla 5: Estado Civil de la madre

Estado_civ il					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casada	61	45,9	45,9	45,9
	Soltera	21	15,8	15,8	61,7
	Unión Libre	50	37,6	37,6	99,2
	Viuda	1	,8	,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 2: Estado Civil de la madre



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se observa que 61 de las madres analizadas, o lo que es lo mismo el 46% tiene el estado civil de casada, el 38% o 50 madres se encuentran en Unión Libre, el 16% son solteras y solo el 0.8% es viuda.

OCUPACIÓN

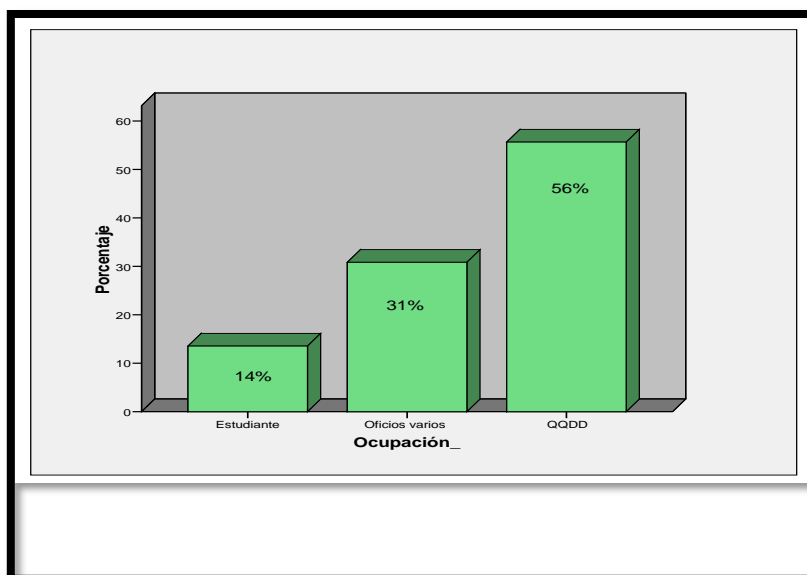
Tabla 6: Ocupación

		Ocupación_			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estudiante	18	13,5	13,5	13,5
	Oficios varios	41	30,8	30,8	44,4
	QQDD	74	55,6	55,6	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 3: Ocupación



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se puede decir que el 56% de las madres se dedican a los Quehaceres Domésticos, el 31% tiene diferentes oficios y sólo el 14% de estas son estudiantes.

INSTRUCCIÓN

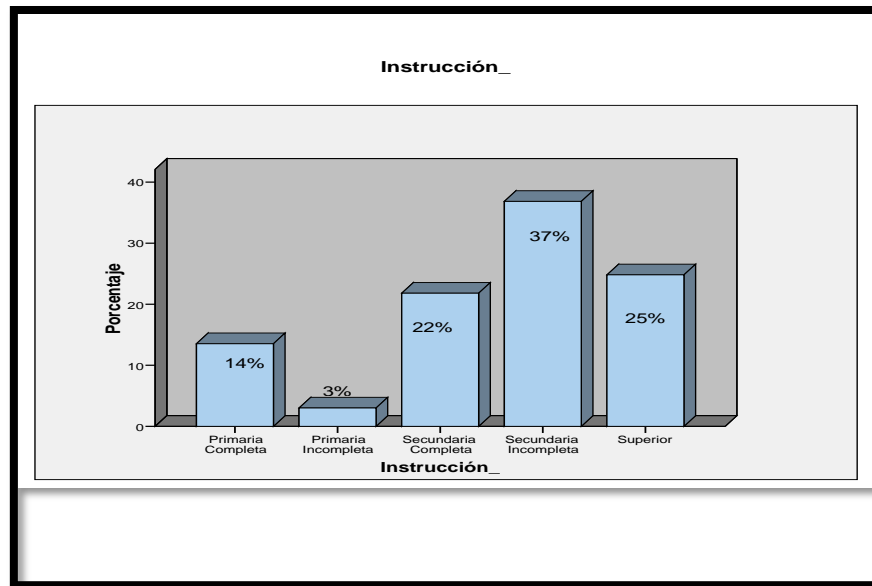
Tabla 7: Instrucción

Instrucción_		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria Completa	18	13,5	13,5	13,5
	Primaria Incompleta	4	3,0	3,0	16,5
	Secundaria Completa	29	21,8	21,8	38,3
	Secundaria Incompleta	49	36,8	36,8	75,2
	Superior	33	24,8	24,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 4: Instrucción



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se puede observar que el 37% de las madres tienen un nivel de instrucción del 37%, el 25 % de las mismas tienen un nivel de instrucción superior, el 22% ha completado la secundaria, el 14% tiene terminada la primaria y sólo el 3% tiene un nivel de instrucción de primaria incompleta.

MESES DE EMBARAZO

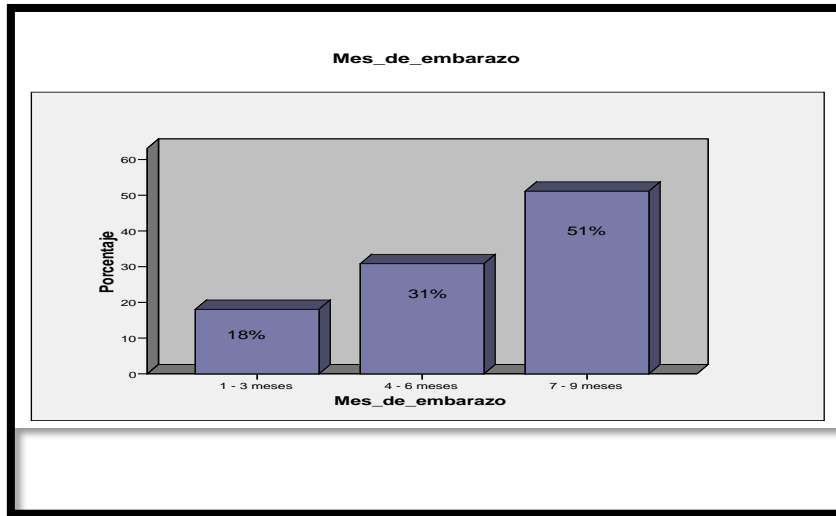
Tabla 8: Meses de Embarazo

Mes_de_embarazo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 - 3 meses	24	18,0	18,0	18,0
	4 - 6 meses	41	30,8	30,8	48,9
	7 - 9 meses	68	51,1	51,1	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 5: Meses de Embarazo



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se puede observar que el 51% de las madres investigadas se encuentran atravesando del séptimo al noveno mes, esto lo demuestra el 51%, el 31% se encuentran atravesando del cuarto al sexto mes y sólo el 16% se encuentran entre el primer y tercer mes.

ANÁLISIS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL REAJUSTE SOCIAL

FRECUENCIA DE RESPUESTA POR PREGUNTA

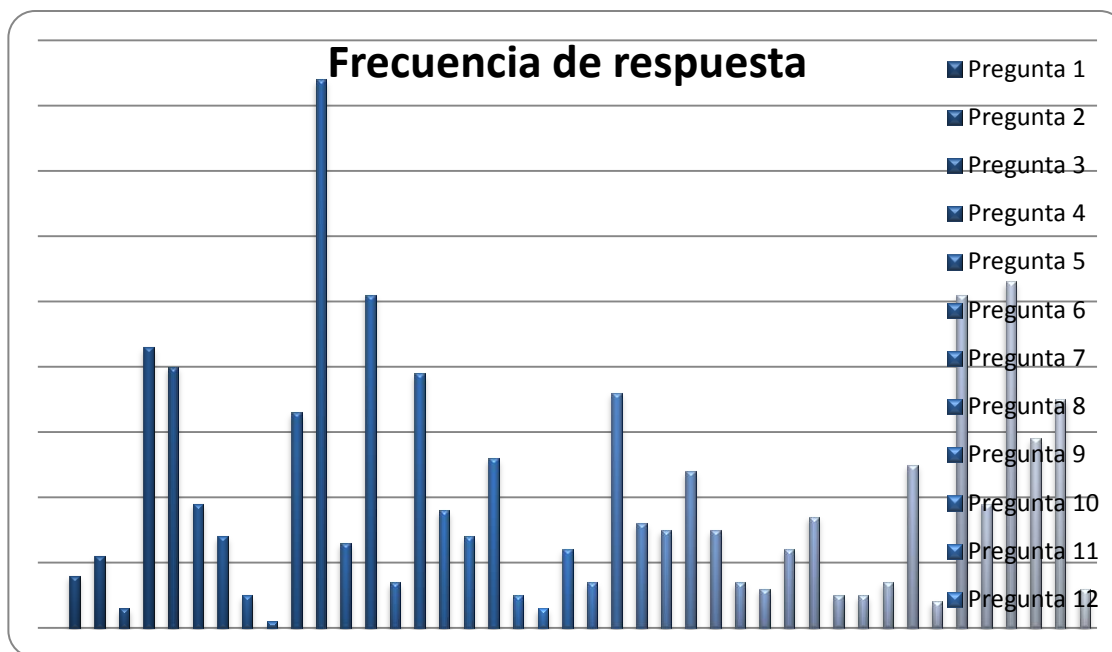
Tabla 9: Frecuencia de Respuesta

# de Pregunta	# de madres que responden
Pregunta 1	0
Pregunta 2	8
Pregunta 3	11
Pregunta 4	3
Pregunta 5	43
Pregunta 6	40
Pregunta 7	19
Pregunta 8	14
Pregunta 9	5
Pregunta 10	1
Pregunta 11	33
Pregunta 12	84
Pregunta 13	13
Pregunta 14	51
Pregunta 15	7
Pregunta 16	39
Pregunta 17	18
Pregunta 18	14
Pregunta 19	26
Pregunta 20	5
Pregunta 21	3
Pregunta 22	12
Pregunta 23	7
Pregunta 24	36
Pregunta 25	16
Pregunta 26	15
Pregunta 27	24
Pregunta 28	15
Pregunta 29	7
Pregunta 30	6
Pregunta 31	12
Pregunta 32	17
Pregunta 33	5
Pregunta 34	5
Pregunta 35	7
Pregunta 36	25
Pregunta 37	4
Pregunta 38	51
Pregunta 39	19
Pregunta 40	53
Pregunta 41	29
Pregunta 42	35
Pregunta 43	6

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 6: Frecuencia de Respuesta



Fuente: Gráfico Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

A través del análisis de frecuencia de respuesta a las preguntas de la Escala de Valoración del Reajuste Social, se tiene que las madres embarazadas han respondido de forma mayoritaria a la pregunta que ha hecho que cambien su estilo de vida como un suceso vital y este ha sido sin lugar a duda, el embarazo, siendo así que contestaron 84 madres gestante, seguido de que han tenido que cambiar sus hábitos alimenticios, a esta pregunta respondieron 53 madres; también contestaron de igual forma que les ha hecho cambiar en los hábitos de sueño y el nacimiento de un nuevo miembro en la familia les preocupa a 51 madres.

Observando así que el reajuste que han tenido que vivir estas madres es debido al embarazo y los síntomas que trae con ello.

RIESGO DE PADECER ESTRÉS

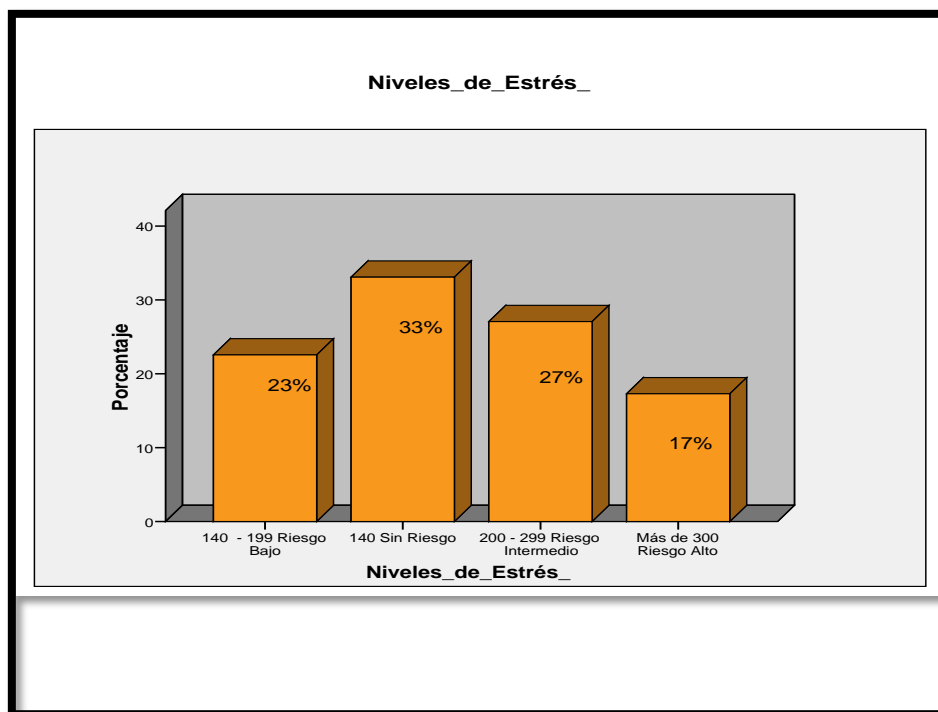
Tabla 10: Riesgo de padecer Estrés

Niveles_de_Estrés_		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	140 - 199 Riesgo Bajo	30	22,6	22,6	22,6
	140 Sin Riesgo	44	33,1	33,1	55,6
	200 - 299 Riesgo Intermedio	36	27,1	27,1	82,7
	Más de 300 Riesgo Alto	23	17,3	17,3	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 7: Riesgo de padecer Estrés



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Esta escala de reajuste social investiga 43 acontecimientos asociados con diferentes grados de alteración y estrés, en la vida de una persona normal.

Los resultados de esta investigación, muestran que el 33% de las madres gestantes no tienen riesgo de atravesar estrés, el 27% con niveles de 200 a 299 en la escala del reajuste social indica que, están padeciendo niveles intermedios de estrés, el 23% tiene bajo riesgo de estrés porque se encuentra ubicado en los niveles de 140 a 199 de calificación y sólo el 17 % de las madres gestantes se encuentran atravesando niveles altos de estrés, lo que quiere decir que ha superado la calificación de 300, siendo así 23 madres a las cuales se debe poner mayor atención al momento de realizar terapias y apoyo psicológico.

ETAPA DEL EMBARAZO ENDONDE SE PRODUCE MAYORES NIVELES DE ESTRÉS

Tabla 11: Etapa del embarazo donde se produce niveles altos de estrés

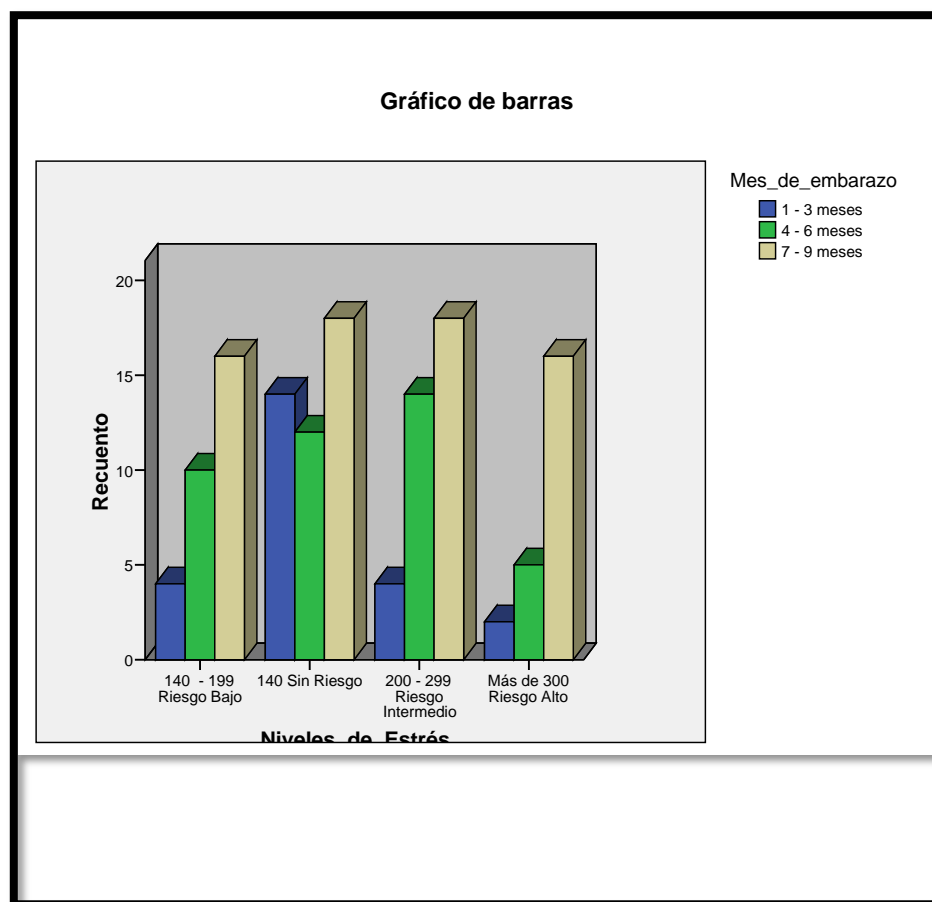
Tabla de contingencia Niveles_de_Estrés_ * Mes_de_embarazo

Recuento		Mes_de_embarazo			Total
		1 - 3 meses	4 - 6 meses	7 - 9 meses	
Niveles_de_Estrés_	140 - 199 Riesgo Bajo	4	10	16	30
	140 Sin Riesgo	14	12	18	44
	200 - 299 Riesgo Intermedio	4	14	18	36
	Más de 300 Riesgo Alto	2	5	16	23
Total		24	41	68	133

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 8: Etapa del embarazo donde se produce niveles altos de estrés



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se observa que las madres gestantes del Hospital Enrique Garcés sufren niveles altos de estrés en la etapa de los 7 a 9 meses de gestación

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

COMPROBACIÓN DE LA PRIMERA HIPÓTESIS

La violencia psicológica es un factor psicosocial que aumenta el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Tabla 12: Comprobación Primera Hipótesis

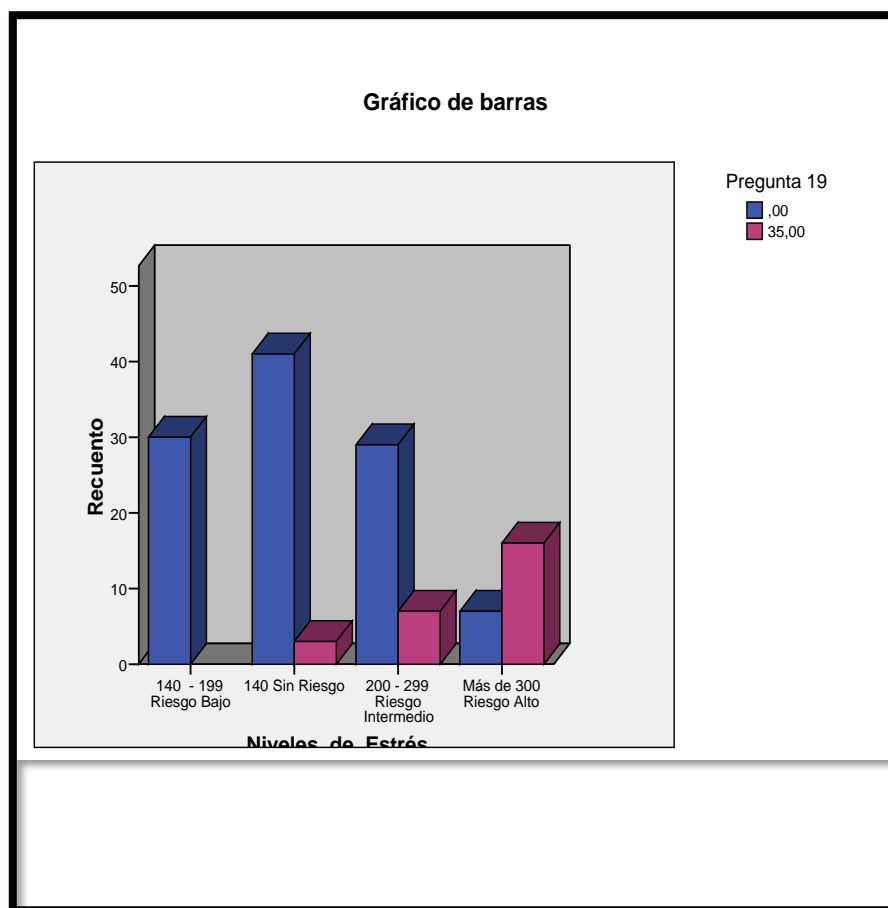
Tabla de contingencia Niveles_de_Estrés_ * Pregunta 19

Recuento		Pregunta 19		Total
		,00	35,00	
Niveles_de_Estrés_	140 - 199 Riesgo Bajo	30	0	30
	140 Sin Riesgo	41	3	44
	200 - 299 Riesgo Intermedio	29	7	36
	Más de 300 Riesgo Alto	7	16	23
Total		107	26	133

Fuente: Matriz SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 9: Comprobación Primera Hipótesis



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

A través de este análisis se puede comprobar que las mujeres que sufren de violencia psicológica, ya sea de discusiones matrimoniales, celos, falta de confianza, falta de comunicación aumenta el riesgo de padecer estrés durante sus periodos de gestación. Por lo tanto esta hipótesis queda comprobada, a lo cual se tendrá que tomar medidas de control y tratamiento.

COMPROBACIÓN DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

Los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Tabla 13: Comprobación Segunda Hipótesis

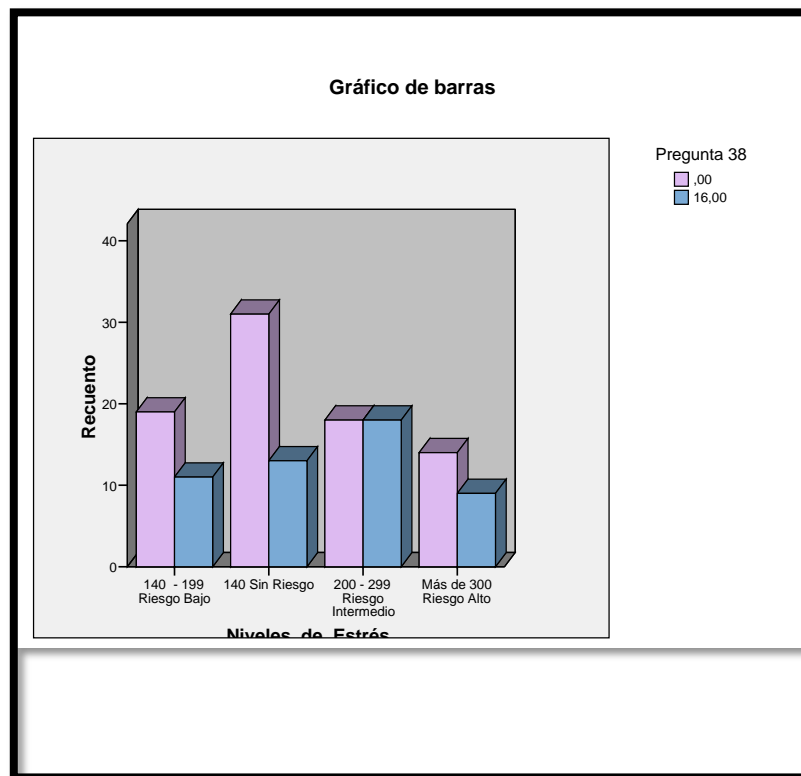
Tabla de contingencia Niveles_de_Estrés_ * Pregunta 38

Recuento		Pregunta 38		Total
		,00	16,00	
Niveles_de_Estrés_	140 - 199 Riesgo Bajo	19	11	30
	140 Sin Riesgo	31	13	44
	200 - 299 Riesgo Intermedio	18	18	36
	Más de 300 Riesgo Alto	14	9	23
Total		82	51	133

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 10: Comprobación Segunda Hipótesis



Se puede observar que son 51 madres que han tenido que cambiar su nivel de vida en relación al cambio en los hábitos de sueño, de estas madres se observa que el riesgo de padecer estrés es sólo intermedio, por lo tanto en relación a esta hipótesis queda rechazada porque se observa que los cambios en los hábitos de sueño no causan riesgo de padecer estrés.

COMPROBACIÓN DE LA TERCERA HIPÓTESIS

Los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés.

Tabla 14: Comprobación Tercera Hipótesis

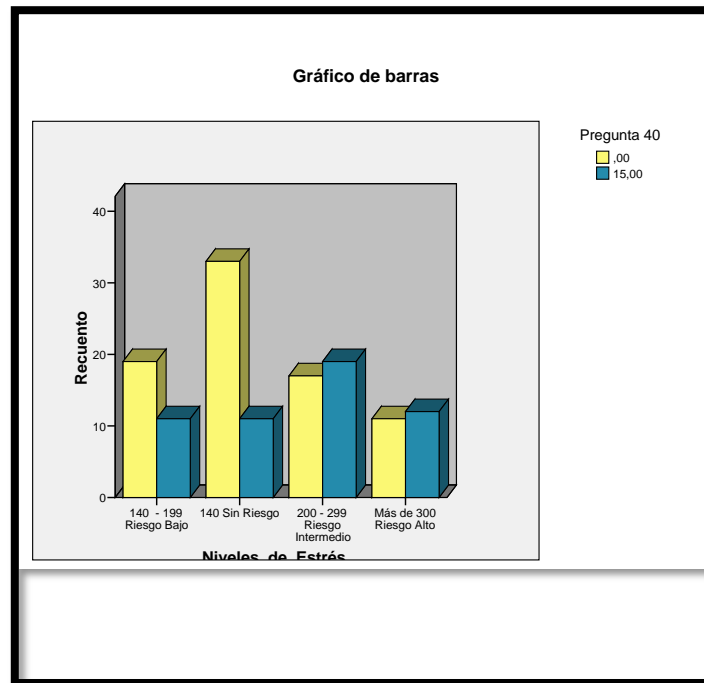
Tabla de contingencia Niveles_de_Estrés_ * Pregunta 40

Recuento		Pregunta 40		Total
		,00	15,00	
Niveles_de_Estrés_	140 - 199 Riesgo Bajo	19	11	30
	140 Sin Riesgo	33	11	44
	200 - 299 Riesgo Intermedio	17	19	36
	Más de 300 Riesgo Alto	11	12	23
Total		80	53	133

Fuente: Matriz Excel

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Gráfico 11: Comprobación Tercera Hipótesis



Fuente: Gráfico SPSS 15.0

Elaborado por: Isabel Patricia Cisneros Constante

Se observa que los cambios en los hábitos alimenticios, si provocan niveles de estrés llegando a ser estos de nivel intermedio que tiende a ser alto, a lo que se puede decir de esta hipótesis es verdadera y que los hábitos alimenticios si generan riesgo de estrés durante el período de gestación.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Después de realizar este proyecto de investigación, se llega a concluir lo siguiente:

- En el área de obstetricia y ginecología del Hospital Enrique Garcés se atienden madres gestantes en su mayoría de edad de los 17 a 29 años, cuando están pasando los meses de gestación de los 7 a los 9 meses, ya que se encuentran preocupadas por el lugar donde van a ser atendidas cuando llegue el alumbramiento.
- Se les aplicó a 133 madres gestantes el cuestionario de la escala del reajuste social, arrojándonos como resultados que el suceso vital que ha cambiado sus niveles de estrés es el embarazo, seguido de cambios en los hábitos alimenticios, hábitos de sueño y demás síntomas que presenta el estado del embarazo.
- Se observa que el 33% de la madres gestantes analizadas no presenta niveles altos de estrés, sólo el 18% de estas, lo que corresponde decir que 23 madres son las que tienen altos niveles de estrés, con las cuales hay que trabajar en un apoyo terapéutico y psicológico para bajar el estrés.
- Se ha comprobado que los niveles más altos de estrés lo atraviesan las madres gestantes en los periodos de 7 a 9 meses de gestación, el motivo principal es el alumbramiento de su bebe y el apoyo social, si nacerá sano y sin ninguna complicación.

- Se ha determinado que un factor de riesgo importante para generar estrés en las madres gestantes es la violencia psicológica, mientras que los hábitos en el sueño y los hábitos alimenticios, casi no generan riesgo de padecer niveles altos de estrés.
- Se ha determinado que la mujeres en período de gestación sufren graves cambios en su entorno familiar y social, para lo cual la escala de reajuste social de Holmes y Rahe visualiza ciertos factores psicosociales a los que cada madre está expuesta de una u otra manera, relacionando los recursos psicológicos y sociales que disponga la persona y el modo en que el individuo evalúa las transacciones y la capacidad para controlar las situaciones.

RECOMENDACIONES

Para el buen desenvolvimiento de este trabajo se recomienda:

- Prestar atención a la 23 madres que ya se encuentran atravesando niveles altos de estrés y trabajar de forma conjunta con los especialistas de ginecología y psicología para ayudar de forma efectiva a estas madres.
- Establecer en el área de psicología del Hospital Enrique Garcés un plan de intervención para disminuir el estrés, en el que se incluyan la relajación, meditación, el ejercicio y la musicoterapia; de esta manera contrarrestar los factores estresantes del entorno que generan tensión y reducir el efecto real o potencial que podrían afectar el desenvolvimiento de las madres gestantes.
- Se recomienda hacer un estudio experimental posterior luego de haber implementado las dos recomendaciones anteriores para establecer si resultaron efectivas, al disminuir los niveles de estrés, utilizando los mismos instrumentos.
- Implementar nuevos instrumentos para la evaluación ya que es importante mantener expuestos los problemas que a diario se observa en cada persona.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

TANGIBLES

- **Arias**, Pablo (1998). *Estrés y proceso de enfermedad*. Buenos Aires: Biblos, págs. 47-49
- **Bellock**, Amparo (1995). *Manual de psicopatología*. vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, págs. 40-58
- **Botero**, Jaime. **Júbiz**, Alfonso. **Henao**, Guillermo (2004). *Obstetricia y ginecología*. Bogotá: QuebecorWorld, (7ª edición), págs. 30-97
- **Holmes**, Tomás. **Rahe**(1967). *The social readjustment rating scale*. Journal of Psychosomatic research, 11,págs. 213-218
- **Lazarus**, Richard (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer, págs. 39-55
- **Lombardía**, José. **López de Castro**, Francisco (2011). *Problemas de Salud en el Embarazo*. Barcelona: Editorial Océano, págs. 64-73,331-334
- **Orlandini**, Alberto (1999). *El estrés, que és y cómo evitarlo*. México, págs. 77-87
- **Rodríguez**, Jesus. **Zurriaga**, Rosario (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública, págs. 37-45

VIRTUALES

- **Cano**, Antonio (2008). *La naturaleza del estrés*. Artículo. **EN: Revista Ansiedad y Estrés**. Madrid: España. Vol. 14, No.2, págs. 119-289:

<http://www.ucm.es/info/seas/index.htm>

Recuperado febrero del 2012

- **Cepeda**, Armando. **Morales**, Francisco (2011). *Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones maternas y*

recién nacidos de peso bajo. Artículo. **EN: Revista Perinatología y Reproducción Humana**. México. D.F. Vol. 25, No. 2, págs. 81-87:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip112d.pdf>

Recuperado marzo del 2012

- **Díaz, Rosa.** (et al.) (1999). *Estrés y embarazo.* Artículo **En: Revista ADM.** Madrid: Vol. LVI, No.1, págs.27-31:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>

Recuperado en marzo del 2012

- **Maldonado, Martín. Saucedo, Jm. Latirgue, Teresa** (2008). *Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto.* Artículo **EN: Revista Perinatología y Reproducción Humana**. México. D.F. Vol. 22, No. 1, págs. 5-14:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>

Recuperado abril del 2012

- **Márquez, Ana** (2004). *Obstetricia Psicosomática.* Artículo **EN: Revista Vitae Academia Biomédica Digital**. Venezuela. Vol. 6 No. 19. págs. 4:

caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDiecinueve/.../psiquiatria.pdf

Recuperado enero del 2012

ANEXOS

62

ESTRÉS Y EMOCIÓN

Tabla 3.1 Escala de Valoración del Reajuste Social

Rango	Suceso vital	Valor Medio
1	Muerte de un cónyuge	100
2	Divorcio	73
3	Separación	65
4	Condena judicial	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Enfermedad o dolencia personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido laboral	47
9	Reconciliación marital	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un miembro de la familia	44
12	Embarazo	40
13	Dificultades sexuales	39
14	Nacimiento de un nuevo miembro de la familia	39
15	Readaptación en el negocio	39
16	Cambio en el estado económico	38
17	Muerte de una amistad cercana	37
18	Cambio de trabajo	36
19	Cambio en la cantidad de discusiones matrimoniales	35
20	Hipoteca superior a 2.000.000 pesetas	31
21	Próxima finalización de hipoteca o crédito	30
22	Cambio en las responsabilidades del trabajo	29
23	Abandono del hogar por parte de hijo o hija	29
24	Problemas con los familiares políticos	29
25	Logro personal sobresaliente	28
26	Esposa comienza o deja de trabajar	26
27	Comienzo o finaliza el período escolar	26
28	Cambio en las condiciones vitales	25
29	Revisión de los hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe	23
31	Cambio en las horas o condiciones laborales	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambios en el centro educativo	20
34	Cambio en la recreación	19
35	Cambio en las actividades religiosas	19
36	Cambio en las actividades sociales	18
37	Hipoteca o crédito inferior a 2.000.000	17
38	Cambio en los hábitos de sueño	16
39	Cambio en la cantidad de encuentros familiares	15
40	Cambio en los hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidades	12
43	Pequeñas violaciones de la ley	11

De Holmes & Rahe (1967), *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 11, Tabla 3, p. 216. Reproducción autorizada por Elsevier Science.

GLOSARIO TECNICO

Somnolencia.-Se refiere a sentirse cansado o adormilado, o no poder mantener los ojos abiertos. La somnolencia puede estar acompañada de letargo, debilidad y falta de agilidad mental.

Excitación.-Estado de actividad psíquica y motora anormalmente alta, motivado por una emoción, una psicosis o neurosis o una intoxicación.

Emociones negativas.-La Psicología Gnóstica, con el término "emociones negativas", designa a todas las expresiones de los "yoes" que se ubican en el centro emocional inferior y lo controlan, tales como el miedo, los celos, la autocompasión, la auto-consideración, la cólera, el aburrimiento, la desconfianza en sí mismo y en los demás, etc. Ordinariamente se acepta la expresión de emociones negativas como una cosa completamente natural y necesaria, y también con frecuencia las gentes la llaman "sinceridad".

Vulnerabilidad emocional.-La capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos.

Desasosiego.-Falta de sosiego, inquietud.

Miedo difuso.-Estímulo identificable entre amenazas internas o externas identificables o no.

Homeostasis.-Tendencia a la estabilización del cuerpo relacionado con los procesos fisiológicos

Estrategias de afrontamiento.- Hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología y especialmente vinculado al estrés.

Patologías.- Le atribuye al concepto de patología dos significados: uno lo presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de **síntomas** asociadas a una determinada dolencia. En este sentido, esta palabra no debe ser confundida con la noción de nosología, que consiste en la descripción y la sistematización del conjunto de males que pueden afectar al hombre

Fertilización.- La fecundación o fertilización, también llamada singamia, es el proceso por el cual dos gametos (masculino y femenino) se fusionan para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores.

Psicosomático.- El término psicosomático se puede definir como el proceso psíquico que tiene influencia en lo somático.

Parentalidad.- Es un concepto que hace referencia a la capacidad de los padres de satisfacer adecuadamente todas las necesidades de sus hijos.

Regresión emocional.- es un funcionamiento psíquico del paciente que consiste en una reactivación de los afectos, emociones y sentimientos propios de etapas de la infancia. Esta regresión promueve que el paciente, a pesar de que sea cronológicamente un adulto, reaccione como un niño; esto

significa con la misma calidad de las emociones y los afectos propios de la infancia.

Ambigüedad.- Posibilidad de que algo pueda entenderse de varios modos o de que admita distintas interpretaciones.

Inminencia.- Inmediatez de un suceso, especialmente de un riesgo.

Iatrogenia.- También llamado acto médico dañino, es el acto médico debido, del tipo dañino, que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología terminal

Pluriparadigmático.- Es un modelo o patrón en cualquier disciplina científica u otro contexto epistemológico.

PROYECTO APROBADO

I. TÍTULO

Factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

II. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El estrés se le ha catalogado como uno de los problemas de salud más frecuentes en la población actual, esto provocado por las circunstancias económico-sociales y el medio ambiente que prevalece en la vida moderna. Siendo la mujer la persona que se vuelve más vulnerable a los cambios emocionales que se producen durante este periodo, debido que un embarazo aparece de forma incidente siendo la actitud de la mujer ambivalente, la aceptación o negación. El estrés que puede causarse en el embarazo es en gran parte debido al presagio del parto inminente y de la incertidumbre del resultado final; es natural que existan preocupaciones y temores, que incluyen temor por ella misma, por su salud, el parto, así como miedo al dolor y muerte. El temor por el hijo, incluyendo el miedo al aborto, a la malformación congénita, a la muerte intrauterina, de ahí que sea la primera gestación o no.

Un dato importante es el señalar que la primera gestación, tiene el carácter de un evento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna; en el segundo y tercer embarazo, representan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa de emociones.

El presente trabajo investigativo tiene por objetivo conocer aspectos relevantes que influyen en la sensibilidad de la mujer durante su gestación, aspirando que este trabajo sea un material de referencia aquellas personas que estén interesadas en conocer los cambios que se producen durante el embarazo, buscando darnos cuenta que el problema existe y que tiene una solución al alcance de un equipo interdisciplinario dispuesto ayudar a fin de alimentar la esperanza de un futuro saludable porque de una u otra manera se ve afectado el círculo social que rodea a la madre embarazada.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

3.1 Formulación del problema

Los factores psicosociales generan estrés en mujeres embarazadas produciendo trastornos psicosomáticos, del estado de ánimo y afectivos durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

3.2 Preguntas de investigación

- ¿Qué factores psicosociales producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?
- ¿Qué factores psicosociales aumentan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?
- ¿Los cambios en los hábitos del sueño generan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?

- ¿Los cambios en los hábitos alimenticios generan el riesgo de producir estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?

▪

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 Objetivo general

Identificar los factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

3.3.2 Objetivos específicos

- Conocer los factores psicosociales genera riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés
- Identificar si los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés
- Determinar si los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de producir estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

3.4 Delimitación espacio temporal

Esta investigación se realizara en el Hospital Dr. Enrique Garcés en el área de Obstetricia con las mujeres que acuden a consulta.

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 Posicionamiento teórico

Esta investigación será realizada a través del enfoque Cognitivo- Conductual.

Estrés y embarazo.

Durante la gestación el acontecimiento estresante más importante suele ser el embarazo mismo. La gestación sea la primera o no, tiene dos características que le conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante: La ambigüedad y la inminencia. Un embarazo aparece de forma insidiosa, inicialmente con señales dudosas: su evolución futura es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente: desea el embarazo y a la vez lo rechaza (Salvatierra, 1989). La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que se suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo. No cabe duda de que el estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio inminente del parto. Pero hay otros sucesos que son predecibles en cuanto se sabe que van a ocurrir, pero cuyo resultado no es seguro y esos sucesos ocurren a intervalos breves e, incluso, se acumulan al final.

Una gestación suele tener pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismas. La experiencia del embarazo se acompaña de trastornos (náusea, vértigo, cambio de apetito, etc.) que pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. La gestación puede favorecer esas microirritaciones, que Lazarus (1986) considera tal vez más importante que los acontecimientos mayores. En segundo lugar la necesidad de acudir al médico o al servicio de salud, de sufrir exploraciones y pruebas, de obtener ciertos resultados pueden incrementar la tensión crónica sobre todo para la mujer que trabaja o que tiene otros hijos pequeños (Salvatierra, 1989).

Es indudable que la capacidad del acontecimiento embarazo para causar estrés se debe a su doble aspecto, como desafío y como amenaza, ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, o más exactamente, una sucesión de tareas u objetivos. Se trata de tareas difíciles y

comprometedoras, cada vez más exigentes. Pero, simultáneamente hay importantes descargas físicas y una concreta amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto. La mujer es consciente de ello y experimenta preocupación y miedo

El embarazo se puede considerar una crisis de maduración, porque pone a la mujer de cara a la realidad presente y futura, intensificando la percepción de sí misma (Deutsch, 1945; citado por Salvatierra, 1989). Durante la gestación se pueden identificar tres periodos críticos que son fuente generadora de estrés:

- La percepción de embarazo y en especial, el periodo de espera para confirmar el diagnóstico.
- La percepción de movimientos fetales, que se dan alrededor del quinto mes
- La percepción de inminencia del parto. Por la distensión del abdomen y por la presentación de las contracciones uterinas se pueden generar altos niveles de ansiedad.

Cada uno de estos periodos genera estrés y exige a la materna un proceso de adaptación y maduración para alcanzar los objetivos psicosociales y biológicos del embarazo (antes mencionados).

Muchos estudios han investigado los principales temores que surgen en las gestantes, Klein (1950; citado por Salvatierra, 1989) en un estudio con 27 primigestantes logro identificar dos tipos de temores como fuentes de ansiedad. El primero, hace referencia al temor por ellas mismas (por su salud, complicaciones en el embarazo y en el parto, miedo al dolor y a la muerte) así mismo a problemas económicos. El segundo gran temor identificado hacía referencia al hijo (a un posible aborto, malformación, muerte intrauterina o neonatal, normalidad mental y embarazo múltiple).

Otros investigadores, Light y Fenster (1974, citado por Salvatierra, 1989) entrevistaron a 202 mujeres embarazadas acerca de sus preocupaciones, identificando como los temores más frecuentes; los relacionados con la salud y la normalidad del niño, al deterioro del atractivo físico por el embarazo, al parto y lactancia, así como buscar una forma más efectiva de control natal.

4.2 PLAN ANALÍTICO

CAPITULO I

1. ESTRÉS

SUBCAPÍTULO

- 1.1 Generalidades del estrés
- 1.2 Definición de estrés
- 1.3 Niveles de análisis del estrés
- 1.4 Causas del estrés
- 1.5 Exigencias externas y capacidades personales
- 1.6 Síntomas del estrés
- 1.7 Consecuencia fisiológicas y psicológicas
- 1.8 Teorías del estrés

CAPITULO III

2. EMBARAZO

SUBCAPÍTULO

- 2.1 Generalidades del embarazo
- 2.2 Etapas del embarazo
- 2.3 Crecimiento y desarrollo del feto
- 2.4 Aspectos psicosomáticos del embarazo
- 2.5 Síntomas del embarazo

2.6 Embarazo y estrés

CAPITULO III

3. Sucesos vitales (Factores de riesgo)

SUBCAPÍTULO

3.1 Generalidades de los sucesos vitales

3.2 Clasificación de los sucesos vitales

3.3 Inventario de estresores psicosociales

3.3 Impacto en la familia

3.4 Consecuencias de los sucesos vitales sobre el individuo y la familia

3.5 Acercamientos teóricos de los sucesos vitales

4.3 Referencias bibliográficas de la Fundamentación teórica

- Fontana, D, 1992, Control de estrés, Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V., México D.F.
- Rodríguez, J; Zurriaga, R, 1997, Estrés, enfermedad y hospitalización, Editada Escuela Andalus de Salud Pública, España.

Enlace virtual

- [www.psiquiatría.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1 CICLO VITAL DE LA FAMILIA.pdf](http://www.psiquiatría.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1_CICLO_VITAL_DE_LA_FAMILIA.pdf): Dra. Ingrid Vargas
- Porcar, Marisol, investigación sobre sucesos vitales, <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi1/invest.pdf>

V. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación tiene un enfoque cuantitativo mediante la observación, experimentación, medición y los resultados serán expuestos mediante tabulaciones y diagramas numéricos.

VI. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo porque trata la realidad del paciente y su estudio es correlacional.

VII. CONSTRUCCIÓN DE LAS HIPÓTESIS

7.1 Planteamiento de hipótesis

PREGUNTA	OBJETIVO	HIPOTESIS
¿Qué factores psicosociales producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?	Conocer los factores psicosociales que generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?	La violencia psicológica es un factor psicosocial que generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés
¿Qué factores psicosociales aumentan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?	Identificar si los cambios en los hábitos del sueño generan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés	Los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

¿Los problemas con los familiares políticos generan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés?	Determinar si los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés	Las cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés
---	---	---

7.2 Identificación de variables

Variable independiente:

Violencia psicológica

Variables dependientes:

Riesgo de padecer Estrés

Factores psicosociales

7.3 Construcción de indicadores y medidas

La violencia psicológica es un factor psicosocial que aumenta el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Violencia psicológica	Discusiones matrimoniales Celos Falta de confianza Falta de comunicación Culpa	Alto Medio Bajo
Dependiente:		
Riesgo de padecer Estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

Los cambios en los hábitos del sueño generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Cambio en los hábitos del sueño	Dormir más o menos Migrañas Dificultad para conciliar el sueño	Alto Medio Bajo
Dependiente:		
Riesgo de padecer Estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

Los cambios en los hábitos alimenticios generan riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

VARIABLES	INDICADORES	MEDIDAS
Independiente:		
Cambio en los hábitos alimenticios	Consumo excesivo de comida Falta de apetito	Alto Medio Bajo
Dependiente:		
Riesgo de padecer estrés	Taquicardia, Aumento de la TA, Dilatación pupilar, Inquietud, Miedo difuso, Atención dispersa, Frecuentes bloqueos, Irritabilidad, Excitación, Desasosiego, Temblores, Sequedad de la boca, Insomnio, Excitación general, Dolor de cabeza, Mareos, Dolores musculares.	Por debajo de 140 puntos: sin riesgo Entre 140-199: riesgo bajo (9% de sujetos enfermos) Entre 200-299: Riesgo intermedio (25% de sujetos enfermos) Más de 300: Alto riesgo (49% de sujetos enfermos)

VIII. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación será realizada en un diseño cuantitativo no experimental se realizara una medición en el transcurso de la investigación para lo cual conlleva un carácter trasversal.

IX. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

- Selección, acercamiento, socialización con la población en estudio.
- Aplicación del método clínico
- Aplicación de baterías psicométricas y encuestas.
- Comprobación de hipótesis

9.1. Población y muestra

La población será seleccionada con las mujeres que acuden a consulta en el Hospital Dr. Enrique Garcés en el área de Obstetricia y Ginecología.

9.1.1. Características de la población o muestra

Es una población amplia de mujeres de condiciones económicas bajas y medias, procedentes de sectores aledaños a la ciudad. Personas con un promedio de 16 años en adelante y en distintas etapas de gestación.

9.1.2. Diseño de la muestra

La muestra es aleatoria no probabilístico debido que se hará una selección informal de las pacientes y las mismas que nos brinden su aprobación.

9.1.3. Tamaño de la muestra

La población total de pacientes que acuden es de 204, tomando en cuenta tres meses desde mayo hasta junio y la muestra seleccionada será de 133 personas.

X. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

10.1 Métodos

Se utilizara los siguientes métodos

Método Clínico.- El mismo que se lo utilizara para buscar información específica mediante la exploración, estudio y análisis de la sintomatología.

Método Inductivo- deductivo.- Para obtener características particulares de las generales y abstraer características generales de las particulares.

Métodos Estadístico.- Método que nos ayuda a recoger, analizar y sintetizar los datos para tener una información cuantificable y demostrable

Método Psicométrico.- Se asignara valores cuantitativos a objetos para representar las cantidades y se caracterizaran por su objetividad, precisión y la capacidad de comunicar información.

10.2 Técnicas

Entrevista.- Para la recolección de información

Observación.- Obtener características particulares de los pacientes

Psicométrica.- Nos permite medir los factores de riesgo para padecer estrés.

10.3 Instrumentos

Escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe

XI. FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO

La investigación consta de tres fases.

Primera fase:

- La elaboración del plan de investigación
- Selección de la muestra
- Contacto y socialización con las personas encargados en el piso y área de Obstetricia y Ginecología
- Entrega y aprobación del plan de investigación.

Segunda fase:

- Socialización del plan de investigación con las autoridades del Hospital.
- Elaboración del marco teórico
- Revisión y búsqueda del material bibliográfico que sustente al marco teórico.
- Contacto con la muestra, levantamiento de la información y aplicación de los reactivos para medir el estrés.

Tercera fase:

- La tabulación de los datos
- Realización de los cuadros estadísticos
- Comprobación de los objetivos y las hipótesis
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones

XII. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

- Identificar los factores psicosociales que producen riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Resultado según variable

Presencia de factores psicosociales que generan el riesgo de padecer estrés

- Identificar si los problemas con los familiares políticos generan el riesgo de padecer estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Resultado según variables

Presencia de problemas con los familiares políticos aumentan el riesgo de padecer estrés

- Determinar si los cambios en los hábitos del sueño y alimenticios generan el riesgo de producir estrés durante el periodo de gestación en las mujeres que acuden al Hospital Enrique Garcés

Resultado según variable

Presencia de cambios en los hábitos del sueño y alimenticios generan el riesgo de padecer estrés

XIII. RESPONSABLES

Investigadora: Isabel Patricia Cisneros Constante

Directora: Dra. Susana Baldeón

XIV. RECURSOS

14.1. Recursos Materiales

- Material de oficina
- Reactivo psicológico (test de estrés)
- Material bibliográfico
- Consultorio Psicológico

14.2 Recursos tecnológicos

Computador

Internet

14.3. Recursos Económicos

El financiamiento de insumos será por parte de la estudiante.
(autofinanciamiento).

Fotocopia de Reactivos.	120
Materiales de Escritorio Y Oficina	150
Transporte	200
Almuerzo	200
Material bibliográfico	100
Papel Universitario y Derecho.	30
Internet	200
Laptop	650
Otros	150
Total	1800

XV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tiempo \ Actividad	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT
1.- Búsqueda de la idea de investigación y revisión bibliográfica													
2.- Elaboración del plan de investigación													
3.- Entrega del plan de investigación													
4. Socialización del proyecto													
5.- Ejecución del proyecto													
6.- Tabulación de datos													
6.- Revisión bibliográfica y elaboración del marco teórico													
7.- Interpretación de resultados													
8.- Elaboración del informe final													
9.- Entrega del informe final													

XVI. BIBLIOGRAFÍA

- Fontana, D, 1992, Control de estrés, Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V., México D.F.
- Rodríguez, J; Zurriaga, R, 1997, Estrés, enfermedad y hospitalización, Editada Escuela Andaluz de Salud Pública, España.
- Straun JB. 1991 ¿Qué es el estrés? Editorial Francesa.

Enlace virtual:

- Santelices A Pía, 2006, actitudes negativas hacia el embarazo y sus consecuencias.
- www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- <http://www.alapsa.org/detalle/01/32marcoteoricopsicosociales.html>
- www.nacersano.org/centro/9388_9911.asp
- Enlace virtual por Rosa María Díaz Romero, Víctor Daniel Aguilar Figueroa, Roberto Santillán García, estrés y embarazo.
- www.facemama.com › Embarazo
- www.crianzanatural.com/art/art98.html - España

Fecha de presentación: Quito, 19 de Octubre del 2012

Firma estudiante

Firma del Supervisor

TABLA DE CUADROS

Tabla 1: Matriz de variables.....	18
Tabla 2: Matriz de variables.....	19
Tabla 3: Matriz de variables.....	20
Tabla 4: Edad de la Madre.....	90
Tabla 5: Estado Civil de la madre	91
Tabla 6: Ocupación.....	92
Tabla 7: Instrucción	93
Tabla 8: Meses de Embarazo	94
Tabla 9: Frecuencia de Respuesta	95
Tabla 10: Riesgo de padecer Estrés.....	98
Tabla 11: Etapa del embarazo donde se produce niveles altos de estrés.....	99
Tabla 12: Comprobación Primera Hipótesis.....	101
Tabla 13: Comprobación Segunda Hipótesis.....	103
Tabla 14: Comprobación Tercera Hipótesis.....	105

TABLA DE ILUSTRACIONES

Gráfico 1: Edad dela Madre	90
Gráfico 2: Estado Civil de la madre.....	92
Gráfico 3: Ocupación	93
Gráfico 4: Instrucción.....	94
Gráfico 5: Meses de Embarazo.....	95
Gráfico 6: Frecuencia de Respuesta.....	97
Gráfico 7: Riesgo de padecer Estrés	98
Gráfico 8: Etapa del embarazo donde se produce niveles altos de estrés	100
Gráfico 9: Comprobación Primera Hipótesis	102
Gráfico 10: Comprobación Segunda Hipótesis	104
Gráfico 11: Comprobación Tercera Hipótesis	106